**Fiche de signalement**

**d’un foyer de cas de COVID 19**

**en établissement médico-social (EMS)**

Cette fiche (feuillets 1 et 2) est à **retourner sans délai** à l’ARS de Bourgogne-Franche-Comté **dès qu’au moins un cas suspect ou confirmé de COVID 19 est identifié dans l’établissement**, même si vous ne disposez pas de l’ensemble des informations demandées.

**par mail : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr ou par fax : 03.81.65.58.65**

Merci de joindre également une **courbe épidémique.**

La **partie « bilan final à la clôture de l’épisode »** (feuillet 3)

sera complétée et **retournée selon les mêmes modalités dès la fin de l’épisode.**

**Critères de signalement :** survenue d’au moins un cas suspect ou confirmé de COVID 19 parmi les résidents ou personnels de la structure

Définition cas confirmé de COVID 19 : Toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l’infection par le SARS-CoV-2.

Définition cas suspect de COVID 19 : Personne présentant des signes cliniques évocateurs d’une infection à SARS CoV2 après évaluation par un médecin (consultation présentielle ou téléconsultation) mais non confirmé biologiquement.

**Signalement**

**Date du signalement** (jj/mm/aaaa) : |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

**Personne responsable du signalement** : Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Fonction : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Tél : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ E-mail : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ @ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Établissement**

**Nom de l’établissement** :

Adresse : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Code postal : |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Commune : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Nom et n° de téléphone** : directeur : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

médecin coordonnateur : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

personne référente en hygiène au sein de l’établissement : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ référent COVID-19 de l’établissement : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Type d'établissement :** 🖵 EHPAD 🖵 MAS 🖵 FAM

# 🖵 IEM et autres établissements et services pour enfants ou adolescents polyhandicapés

 🖵 Autre, précisez : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_

**Nombre de secteurs/unités dans l’établissement** :\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Nombre de résidents :** |\_\_||\_\_||\_\_|

**Nombre de personnels salariés :** |\_\_||\_\_||\_\_|

**L’établissement est adossé à un établissement de santé** 🖵 **OUI** 🖵 **NON**

**Nom de l’établissement :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Nom intervenant EOH :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Bénéficiez-vous de l’expertise d’une IDE Hygiéniste de Territoire (IDEHT), via convention signée ?**

🖵 **OUI** 🖵 **NON Nom de l’IDEHT :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Date d’intervention :** |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

**Avez-vous contacté le CPias** **?** 🖵 **OUI** 🖵 **NON**

Si oui, précisez le nom de la ou des personne(s) contactée(s) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Épisode COVID 19**

**Date du début des signes**

**du premier cas (résident ou personnel)** : |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

**du dernier cas (résident ou personnel)** : |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bilan des cas** | **Résidents** | **Membres du Personnel** |
| Nombre de cas malades suspect de COVID 19 |  |  |
| Nombre de cas malades confirmés de COVID 19 (test positif) |  |  |
| Nombre de malades décédés |  |  |
| Nombre de malades hospitalisés |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mesures de contrôle prises dans l’établissement** | **OUI** | **Date mise en place** |
| Formation des personnels pour gestion des cas confirmés et sujets contacts | 🖵 |  |
| Maintien du résident en chambre individuelle ou regroupement de résidents | 🖵 |  |
| Renforcement des précautions standard dont l’hygiène des mains | 🖵 |  |
| Mise en place des précautions « gouttelettes »  | 🖵 |  |
| Limitation des déplacements des résidents malades, port de masque s’ils déambulent | 🖵 |  |
| Suspension des animations et regroupements | 🖵 |  |
| Informations des visiteurs et intervenants extérieurs | 🖵 |  |
| Autres mesures, (suspension des admissions,…) précisez : | 🖵 |  |

**Commentaires :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Recherche étiologique de COVID 19 systématique :**

Date du 1er test : |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| /|\_\_||\_\_| LBM préleveur : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Initiale du nom et prénom personne prélevée : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Date du 2ème test : |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| /|\_\_||\_\_| LBM préleveur : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Initiale du nom et prénom personne prélevée : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Nombre de tests + :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Si résultats tous négatifs, autre étiologie recherchée :**

 🖵 Grippe sans autre précision 🖵 Grippe B

 🖵 Grippe A (précisez le sous-type) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

🖵 Pneumocoque 🖵 Coqueluche 🖵 Légionellose

 🖵 Autre, précisez : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_

**Le médecin coordonnateur de l’établissement est-il en capacité d’assurer seul la prise en charge des cas non graves au sein de la structure ?** 🖵OUI 🖵 NON

**A défaut, avez-vous conclu avec un des médecins traitants intervenant auprès de certains résidents une coopération renforcée pour prendre en charge ces patients ?** 🖵OUI 🖵 NON

**Estimez-vous avoir besoin d’aide pour gérer l’épisode au sein de votre établissement ?** 🖵 **OUI** 🖵 **NON**

**Si oui, précisez :**

**Bilan final à la clôture de l’épisode de cas groupés de COVID 19 fait le :** |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

Ce feuillet est **à compléter 14 jours après la date de guérison (ou de décès) du dernier cas et à** **retourner**

à l’ARS de Bourgogne Franche-Comté

**par mail : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr ou par fax : 03.81.65.58.65**

**Nom de l’établissement** : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adresse : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Code postal : |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Commune : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Date du premier cas :** |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| **Date du dernier cas :** |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bilan définitif des cas** | **Résidents** | **Membres du Personnel** |
| Nombre de cas malades confirmés de COVID 19 (test +) |  |  |
| Nombre de cas malades suspects de COVID 19 |  |  |
| Nombre de malades décédés |  |  |
| Nombre de malades hospitalisés |  |  |

**Durée moyenne de la maladie chez les cas** : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ jours

**Résultats des recherches étiologiques** (précisez lesquelles : COVID 19, TROD grippe, antigénurie pneumocoque et légionelle…) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_

**Problèmes rencontrés par la structure :** 🖵 Matériel 🖵 Personnel

 🖵 Financier 🖵 Organisationnel

 🖵 Autre - Précisez : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Avez-vous reçu un appui pour l’investigation ou la gestion de cet épisode :** 🖵 OUI 🖵 NON

Si oui, précisez : 🖵 CPias BFC

 🖵 Réseau IDEHT-EMHT

🖵 ARS BFC

 🖵 Autre, précisez : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Commentaires :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Merci de joindre également la courbe épidémique finale**