

Nom du milieu :	No téléphone :
Adresse du milieu :	
Nom du responsable :	Courriel :

DATE DE DÉBUT D'ÉCLOSION :

AGENT PATHOGÈNE : COVID-19 VRS Influenza type A Influenza type B

Gastro-entérite (Important : évaluer la présence d'un des 3 critères ci-dessous et cocher si applicable)

Apparition de symptômes similaires chez plusieurs résidents et/ou travailleurs dans les heures suivant la prise d'aliments en commun (ex : évènement spécial, repas)

Présence de sang dans les selles chez un ou plusieurs résidents

Présence d'un manipulateur d'aliments malade (ex : travailleur de la cuisine, PAB qui manipule des aliments lors du service aux résidents)

***En présence de l'un des trois critères ci-dessus, aviser la santé publique :**

- Du lundi au samedi par courriel à : maladies.infectieuses.ciessler@ssss.gouv.qc.ca
- Le Dimanche par téléphone en composant le 450 431-8386 et en demandant le médecin de garde en santé publique pour les maladies infectieuses.

PRÉLÈVEMENT

Nature des prélèvements positifs : TAAN (PCR) Test rapide Culture Inconnu

Prélèvement(s) en cours : Non Oui

TYPE DE MILIEU RPA : Unité de soins RPA : Hors unité de soins

INFORMATION SUR L'ÉCLOSION	RÉSIDENTS		TRAVAILLEURS
	En unité de soins	Hors unité de soins	
Date de début des symptômes (1 ^{er} cas)			
Nombre total de personnes malades			
Nombre total de résidents / Nombre total de travailleurs dans la RPA			
Taux d'attaque = $\frac{\text{Nombre total de résidents/travailleurs malades}}{\text{Nombre total de résidents/travailleurs dans le milieu}} \times 100$			
Nombre de résidents/travailleurs hospitalisés (en lien avec l'infection en cause)			
Nombre de résidents/travailleurs décédés (en lien avec l'infection en cause)			
Date de début des symptômes du dernier cas			

Nom de l'intervenant

Titre/fonction