**Fiche de signalement d’un épisode de GALE**

**Même si vous ne disposez pas de l’ensemble des informations**, le signalement doit être fait **en cas de** **besoin d’aide à la mise en œuvre des mesures de gestion**,au Point Focal Régional (PFR) de **l’Agence Régionale de Santé** (ARS) des Hauts- de-France.

Téléphone : 03 62 72 77 77

**Fax : 03 62 72 88 75**

**Messagerie :** [**ars-hdf-signal@ars.sante.fr**](mailto:ars-hdf-signal@ars.sante.fr)

**Date du signalement** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom du signalant** : …………………………………………………..…… Fonction : …………………………………………………..………………………

Tel : ……………………………………………….. Fax : ………………………………………… Mail : …………………………………….……………………..

**Caractéristiques de l’établissement**

**Nom de l’établissement** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….

Code postal : ……………………. Commune : ………………………………………... Tel : ……………………………………………………………..

N° FINESS géographie (si possible) : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Type d’établissement médico-social :**

EHPAD Foyer logement MAS FAM IME

Autre (préciser) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom du médecin coordonnateur :………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nom du référent hygiène : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Travaillez-vous avec un réseau local d’hygiène (EOH, EMH, …) ?  : Oui Non Ne sait pas

**Effectifs des résidents et des membres de l’établissement** :

Nombre de résidents : …………………….. Nombre de personnels toutes catégories : ……………………

**Description de l’épisode**

**Date de début des signes du 1er cas** : …/…/…. **Date de début des signes du dernier cas** : …/…/….

Nombre total de secteurs : ……………… Nombre de secteurs touchés : ……………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre de personnes atteintes** | |
|  | Résidents | Personnels |
| **Traitement par voie orale** |  |  |
| * Stromectol® (Ivermectine) |  |  |
| **Traitement par voie cutanée** |  |  |
| * Produit scabicide (Ascabiol®, Spregal®, Topiscab®) |  |  |
| **Autres (précisez) :** hospitalisation, etc. … | | |

**Nombre de traitements préventifs administrés :**

* Chez les résidents : …….
* Chez les personnels : …….

**Mesures de maîtrise**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de mesures** |  | **Date de mise en place** |
| Information des résidents, des personnels et des visiteurs | * Oui | …./…../…. |
| Précautions « contact » spécifiques gale | * Oui | …./…../…. |
| Traitement du linge | * Oui | …./…../…. |
| Traitement du mobilier et du matériel composés de textile | * Oui | …./…../…. |
| Arrêt des transferts des personnes infectées jusqu’à 48h après administration du traitement | * Oui | …./…../…. |
| Arrêt de travail pour le personnel infecté jusqu’à 48h après administration du traitement | * Oui | …./…../…. |
| Autres mesures de contrôle (précisez) : | | |

**Commentaires**

Avez-vous besoin d’une aide extérieure pour la gestion de l’épisode ? Oui Non

Si oui, précisez : ARS Cire CPias Réseau local d’hygiène (EOH, EMH, …)

**Bilan final à la clôture d’un épisode de GALE**

**Cette fiche est à adresser à l’ARS 6 semaines après le traitement du dernier cas.**

Téléphone : 03 62 72 77 77

**Fax : 03 62 72 88 75**

**Messagerie :** [**ars-hdf-signal@ars.sante.fr**](mailto:ars-hdf-signal@ars.sante.fr)

**Nom de l’établissement** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Commune**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nom du signalant** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date de début des signes du 1er cas : ………/………/………

Date de début des signes du dernier cas : ………/………/………

**Bilan définitif des cas :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre de personnes atteintes** | |
|  | Résidents : ………… | Personnels :………… |
| **Traitement par voie orale** |  |  |
| * Stromectol® (Ivermectine) |  |  |
| **Traitement par voie cutanée** |  |  |
| * Produit scabicide (Ascabiol, Spregal, Topiscab) |  |  |
| **Autres (précisez) :** hospitalisation, etc. … | | |

**Nombre de traitements préventifs administrés :**

* Chez les résidents : …….
* Chez les personnels : …….

**Renouvellement du traitement entre 8 et 14 jours :**

**Par voie orale** Oui Non

**Par voie cutanée** Oui Non

**Problèmes rencontrés par la structure** : Matériel Personnel Financier Organisationnel

Autres : ………………………………………………………………......................

La structure a-t-elle reçu un appui pour l’investigation ou la gestion de cet épisode ?  Oui Non

Si oui, précisez de quelle(s) institution(s) : ARS Cire CPias Réseau local d’hygiène (EOH, EMH, …)

**Date de clôture de l’épisode** : ………/………/………