**Fiche de signalement de cas groupés de gastroentérites aiguës (GEA)**

**en Etablissement Médico-Social**

**(Etablissements d’hébergement pour PA et PH)**

**Critères de signalement : au moins 5 cas de GEA dans un délai de 4 jours** parmi les personnes résidentes.

Cette fiche a pour objet de signaler rapidement la survenue de cas groupés, d’informer de la mise en place des mesures de gestion et, si nécessaire, de solliciter l'appui extérieur de l'Agence régionale de santé (ARS) et du Centre d’appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias).

**A déclarer à l’ARS dès l’identification de l’épisode de cas groupés, même si vous ne disposez pas de l’ensemble des informations demandées.**

**La partie « bilan final à la clôture de l’épisode » sera complétée secondairement à la fin de l’épisode.**

#### SIGNALEMENT

**Date du signalement** : / /

**Personne responsable du signalement\*** : Nom :……………………………. Fonction :…………………………………

Tél : …………………………. Fax : …………………….. Mail :…………………………………..…………..

#### 

#### CARACTERISTIQUES DE L’ETABLISSEMENT\*

**Nom de l’établissement** …

Commune : Code postal : /… /… /… /… /… /

**N° FINESS de l’établissement (**FINESS géographique**) :**

**Type d'établissement\***:

* EHPAD ❑ Autre : …………………………………

**Etablissement rattaché (même entité juridique) à un établissement de santé** :  Oui  Non

si Oui, lequel :……………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre total de résidents/usagers\* :** | **Nombre total de membres du personnel \* :** |

**SITUATION LORS DU SIGNALEMENT DE CAS GROUPES**

Nom de l’unité ou secteur ou service : ……………

Date du début des signes du premier cas\* : / / du dernier cas observé\* (avant le signalement) : **/ /**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Résidents/usagers | Membres du personnel |
| Nombre de malades (cas) depuis le début de l’épisode\* |  |  |
| Dont Nombre de personnes hospitalisées |  |  |
| Dont Nombre de personnes décédées (à l’ES et dans l’EMS) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tableau clinique** | **oui** | **non** |
| Plus de 50% des malades présentent des vomissements ? |  |  |
| Plus de 50% des malades présentent de la diarrhée ? |  |  |
| Certains malades présentent-ils une diarrhée sanglante ? |  |  |
| Plus de 50% présentent de la fièvre (>38°C) ? |  |  |

**Merci de joindre la courbe épidémique obtenue à partir des feuilles de surveillance.**

**ETIOLOGIE**

**Recherches étiologiques déjà entreprises ou en cours :**  Oui  Non

Si oui :

Coprocultures :  Oui  Non Recherches virales (virus entériques) :  Oui  Non Autres, précisez : …………………………

Si résultat positif, précisez l’agent identifié : ………………………………………………………………

**MESURES DE CONTROLE**

**Mise en place de mesures de contrôle\*** :  Oui  Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mesures prises dans l’établissement** |  | **Date de mise en place** |
| Précautions Standard :  Respect strict de l’hygiène des mains (personnel/résidents/usagers/visiteurs)  avec Produits Hydro-Alcooliques (PHA)  Sensibilisation des équipes à la gestion des excreta | Oui  Non  Oui  Non | / / |
| Précautions de type « contact » | Oui  Non | / / |
| Limitation des déplacements des malades | Oui  Non | / / |
| Arrêt ou limitation des activités collectives | Oui  Non | / / |
| Mise à l’écart des soins et de la préparation des repas du personnel malade | Oui  Non | / / |
| Informations des visiteurs et intervenants extérieurs | Oui  Non | / / |
| Bionettoyage et désinfection surfaces et locaux (recommandé) :   * en 4 temps (détergent neutre, puis rinçage puis séchage puis désinfection eau de javel) ou * nettoyage avec détergent/désinfectant virucide respectant la norme EN 14476 | Oui  Non | / / |
|  |  |  |
| Autres mesures éventuelles (suspension des admissions, suspension des visites, etc.) précisez :  ……………………………………………………… | Oui  Non | / / |

##### Estimez-vous avoir besoin d’un appui pour l’investigation ou pour la gestion de l'épisode ?

* + Oui  Non

Pour quelles raisons :……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Commentaires:**………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

# Bilan final à la clôture de l’épisode

##### (A compléter et à renvoyer à l’ARS dans les 10 jours après la survenue du dernier cas)

Date du bilan / / Date du dernier cas : / /

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bilan définitif des cas :** | Résidents/usagers | Membre du personnel |
| Nombre de malades (cas) |  |  |
| Nombre de personnes hospitalisées |  |  |
| Nombre de personnes décédées (à l’ES et dans l’EMS) |  |  |

**Résultats des recherches étiologiques (précisez)** ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Avez-vous reçu un appui pour l’investigation ou la gestion de cet épisode :**  Oui  Non

Si oui, précisez : ARS  CPIAS EM  EOH Réseau local d’hygiène  CIRE-SpF  Autre (précisez)

Commentaires :………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….....................................................

……………………………………………………………………………………………………....................................................

**Merci de joindre également la courbe épidémique finale obtenue à partir des feuilles de surveillance**