|  |
| --- |
| **FORMULAIRE POUR LE RECENSEMENT DES CAS DE GASTRO-ENTERITE AIGUË**  **DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX** |

**RESIDENTS**

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

**RESIDENTS** Nom de l’unité si pertinent : Page : de :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nom et prénom** | **No chambre / Unité de soins** | **Age (ans)** | **Sexe** | **Symptômes et signes (cocher si présence)** | | | | | | | **Date de début de la maladie** | **Date de fin de la maladie** | **Prélèvement (plvt)**  **de selles** | |
| **D** | **DA** | **N** | **V** | **F** | **C** | **A** | **Date pvlt (jj-mm-aa)** | **Résultats** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Abréviations :** D=Diarrhées, DA=Douleurs abdominales, N=Nausées, V=Vomissements, F=Fièvre, C=Céphalées, A=Autres.

**Personne référente :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Téléphone :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Télécopie :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ce tableau à usage interne est destiné à vous aider à suivre les cas de GEA survenant dans votre établissement. Nous vous conseillons de le remplir dès les premiers cas.***

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE POUR LE RECENSEMENT DES CAS DE GASTRO-ENTERITE AIGUË**  **DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX** |

**PERSONNELS**

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

**MEMBRES DU PERSONNEL** Nom de l’unité si pertinent : Page : de :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nom et prénom** | **No chambre / Unité de soins** | **Age (ans)** | **Sexe** | **Symptômes et signes (cocher si présence)** | | | | | | | **Date de début de la maladie** | **Date de fin de la maladie** | **Prélèvement (plvt)**  **de selles** | |
| **D** | **DA** | **N** | **V** | **F** | **C** | **A** | **Date pvlt (jj-mm-aa)** | **Résultats** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Abréviations :** D=Diarrhées, DA=Douleurs abdominales, N=Nausées, V=Vomissements, F=Fièvre, C=Céphalées, A=Autres.

**Personne référente :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Téléphone :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Télécopie :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ce tableau à usage interne est destiné à vous aider à suivre les cas de GEA survenant dans votre établissement. Nous vous conseillons de le remplir dès les premiers cas.***