**Fiche de signalement d’INFECTION A *CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE***

**Même si vous ne disposez pas de l’ensemble des informations**, le signalement doit être fait dès que possible 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 : …………………………………… E.mail : ..........................................................

**Caractéristiques de l’établissement**

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

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

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

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

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

EHPAD Foyer logement MAS FAM IME

Autre (précisez) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

Travaillez-vous avec un réseau local d’hygiène ? : Oui Non

**Effectifs des résidents et membres du personnel :**

Nombre de résidents : …………………….. Nombre de membres du personnel toutes catégories :……………………

**Description de l’épisode**

* Cas groupés (au moins 2 cas d’ICD survenant en 4 semaines dans un établissement)
* Cas sévères : Hospitalisation pour traitement de l’Infection à Clostridioides difficile (ICD)
* Chirurgie pour mégacolon, perforation ou colite réfractaire
* Décès dans les 30 jours dû à l’ICD

**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** |
| Résidents atteints |  |
| Résidents atteints hospitalisés |  |
| Résidents atteints décédés |  |

**Facteurs de risques**

**Cas n°1**

Date de la dernière hospitalisation : …./…. /….

Lieu d’hospitalisation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Prise d’antibiotique(s) dans les 30 jours précédant le début de la diarrhée : Oui Non

Si oui, le(s) quel(s), à quelle date : …./…. /….

**Cas n°2**

Date de la dernière hospitalisation : …./…. /….

Lieu d’hospitalisation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Prise d’antibiotique(s) dans les 30 jours précédant le début de la diarrhée : Oui Non

Si oui, le(s) quel(s), à quelle date : …./…. /….

**Cas n°**

Date de la dernière hospitalisation : …./…. /….

Lieu d’hospitalisation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Prise d’antibiotique(s) dans les 30 jours précédant le début de la diarrhée : Oui Non

Si oui, le(s) quel(s), à quelle date : …./…. /….

**Existence d’un (ou plusieurs) autre(s) cas dans l’EHPAD :**

* dans le mois Oui Non si oui, combien ? ………………….
* dans l’année Oui Non si oui, combien ? ………………….

**Mise en évidence de *Clostridioides difficile***

**Cas n°1**

**Recherche de toxines A/B :**  Oui Non En cours

Si oui, Toxine A/B positives : Oui Non

**Mise en culture de *Clostridioides difficile* :**  Oui Non En cours

Si oui :

Envoi au CNR pour recherche de la souche 027 : Oui Non En cours

**Cas n°2**

**Recherche de toxines A/B :**  Oui Non En cours

Si oui, Toxine A/B positives : Oui Non

**Mise en culture de *Clostridioides difficile* :**  Oui Non En cours

Si oui :

Envoi au CNR pour recherche de la souche 027 : Oui Non En cours

**Cas n°**

**Recherche de toxines A/B :**  Oui Non En cours

Si oui, Toxine A/B positives : Oui Non

**Mise en culture de *Clostridioides difficile* :**  Oui Non En cours

Si oui :

Envoi au CNR pour recherche de la souche 027 : Oui Non En cours

**Mesures de maîtrise**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mesures appliquées** | **Oui** | **Non** | **Date de mise en place** |
| Renforcement de l’hygiène des mains : lavage simple des mains suivi d’une friction hydro-alcoolique |  |  | …./…. /…. |
| Précautions type « contact » spécifiques ICD |  |  | …./…. /…. |
| Limitation des déplacements des malades |  |  | …./…. /…. |
| Arrêt ou limitation des activités collectives |  |  | …./…. /…. |
| Information des personnels et des résidents |  |  | …./…. /…. |
| Information des visiteurs et intervenants extérieurs |  |  | …./…. /…. |
| Nettoyage et désinfection surfaces et locaux (détergent-désinfectant sporicide ou détergent neutre + eau de javel (cf. Fiche utilisation eau de javel) |  |  | …./…. /…. |
| * Renforcement du bio nettoyage de l’environnement proche |  |  | …./…. /…. |
| Autres mesures (précisez) ? ……………………………………………………………………………………………………………………………..…………… | | | |

**Bilan final à la clôture d’un épisode d’ICD**

**Cette fiche est à compléter et à renvoyer à l’ARS dans un délai de 10 jours après la survenue 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 : ……………………………………….................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Bilan définitif des cas :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nombre** |
| Résidents atteints |  |
| Résidents atteints hospitalisés |  |
| Résidents atteints décédés |  |

Mesures de maîtrise supplémentaires, précisez : …………………………………………………………………………………………..

Résultat des recherches des agents infectieux : …………………………………………………………………………………………….

**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, préciser de quelle(s) institution(s) : ARS Cire CPias Réseau local d’hygiène (EOH, EMH, …)

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