



N° SI-GMI DU MILIEU (DSPub): _____

NOM DU MILIEU : _____

ADRESSE DU MILIEU : _____

N° TÉLÉPHONE : _____

SIGNALEMENT INITIAL

MISE À JOUR

BILAN FINAL

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT

ÉCLOSION

DATE | Année | Mois | Jour

AGENT PATHOGÈNE EN CAUSE*

CCIRA (cas clinique d'infection respiratoire aiguë)

Gastro-entérite

COVID-19

Autre : _____

Influenza : Type A Type B Non typé

Inconnu ➔ Symptômes : _____

A-H1N1 A-H3N2 Inconnu

**Pour une déclaration d'éclosion BGNPC/ERV : utiliser le formulaire du MSSS*

TYPE DE MILIEU

Scolaire

Service de garde

Commerce

RI-RNI/RTF

Entreprise

Résidence privée pour aînés (RPA)

CIUSSS de l'Estrie – CHUS ➔

CHSLD

CH

Autre : _____

Autre(s) : _____

DONNÉES SUR LE MILIEU EN ÉCLOSION

Lieu(x) de l'éclosion (exemple : classe, unité, étage, département) : _____

Nombre total d'unités/services/étages/groupes/départements affectés : _____

BILAN CUMULATIF DE L'ÉCLOSION

	USAGERS	TRAVAILLEURS
Nombre total de cas confirmé(s) positif par test (TAAN, TDAR)		
Nombre total de personnes symptomatique sans test ou cas probable (exemple : CCIRA, gastro-entérite)		
Nombre total de personnes dans le milieu en éclosion		
Nombre de personnes hospitalisées (en lien avec l'infection en cause)		
Nombre de personnes décédées (en lien avec l'infection en cause)		
Nombre total de vaccinés dans le milieu en éclosion (si vaccination existante pour l'infection déclarée)		

FDCU-SPU-018

DONNÉES SUR L'ÉCLOSION

	DATE (année/mois/jour)
Début des symptômes du premier cas	
Début mise en place des mesures PCI par le milieu pour l'éclosion	
Révision et recommandations des mesures PCI avec le responsable du milieu	
Mise en place des recommandations émises au milieu (si requis)	
Début des symptômes du dernier cas	
Fin des symptômes du dernier cas	
Fin de l'éclosion (2 X la période d'incubation de l'infection en cause)	

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

Prélèvement(s) en cours : Non Oui

Prophylaxie débuté : Non Oui ➔ Date : _____
(année/mois/jour)

COMMENTAIRES

Signature de l'intervenant

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/Fonction

Téléphone

Veillez transmettre ce formulaire complété à la Direction de santé publique par courriel à l'adresse : dspmadomci.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au numéro 819 564-5435 (confidentiel)

À L'USAGE DE L'ÉQUIPE SPÉCIALISÉE DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Date de réception (année/mois/jour) : _____

Calcul du taux d'attaque : _____ Éclosion majeure Mortalité/létalité

Notes : _____

Formulaire saisi par :

Signature de l'intervenant

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/fonction

Date (année/mois/jour)