|  |
| --- |
| ARS_LOGOS_pacaFICHE DE SIGNALEMENT GEA |

CAS GROUPÉS DE GEA EN COLLECTIVITÉS HEBERGEANT

DES PERSONNES ÂGÉES OU HANDICAPÉES

|  |
| --- |
| *Fiche à envoyer rapidement même si vous ne disposez pas de toutes les informations demandées* |
| Contacter l’ARS PACA à la Plateforme régionale de veille et d’urgences sanitaires**Fax : 04 13 55 83 44 Tél : 04 13 55 8 000 Mail :** ars13-alerte@ars.sante.fr |
| **GEA** | **Critères de signalement :** au moins 5 cas de GEA dans un délai de 4 jours parmi les résidents et membres du personnel de l’établissement. |

**Coordonnées de l’Etablissement : Date d’envoi :**     /    /

Nom :

Adresse :

Commune :       Code Postal :

Etablissement affilié à un établissement de santé : oui [ ]  non [ ]

Type d’établissement : Maison de retraite [ ]  EHPAD [ ]  Foyer Logement [ ]  USLD [ ]

Etablissements et services d’hébergement pour handicapés, préciser [ ]

 Autres [ ] , Préciser

Personne responsable du signalement : Nom :       Fonction :

Tél :    /    /    /    /    ou    /    /    /    /    ou email :

|  |
| --- |
| Nombre de résidents accueillis dans l’établissement au jour du signalement      |
| Nombre de personnel travaillant dans l’établissement      |
| **Date de début des symptômes du 1er cas**     /    /      **et du dernier cas avant signalement**    /    /      |
| **Bilan préliminaire des 1ers cas :** | **Résidents** | **Personnels** |
|  Nombre de malades : |     |     |
|  Nombre d’hospitalisations : |     |     |
|  Nombre de décès : |     |     |
| **Présence de critères d’intervention** (plusieurs réponses possibles) |
|  3 décès attribuables à des GEA en moins de 8 jours ?  oui [ ]  non [ ]  |
|  5 nouveaux cas de GEA ou plus dans une même journée ?  oui [ ]  non [ ]  |
|  Nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place de mesures de contrôle  oui [ ]  non [ ]  |
| **Tableau clinique** La majorité des cas présentent-ils des vomissements : oui [ ]  non [ ]  |
|  La majorité des cas présentent-ils  de la diarrhée : oui [ ]  non [ ]  |
|  La majorité des cas présentent-ils  de la fièvre (>38°c) : oui [ ]  non [ ]  |
|  Certains cas présentent-ils une diarrhée sanglante : oui [ ]  non [ ]  |
|  Autres signes, préciser :        |
|  Durée moyenne approximative de la maladie chez les cas ?       jours |
| **Mise en place de mesures de contrôle et de prévention par l’établissement ?** oui [ ]  non [ ]  |
| **Mesures prises et dates de mise en place : Dates :** |
|  Renforcement de l’hygiène des mains (personnel/résidents/visiteurs) 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 des surfaces et locaux oui [ ]  non [ ]     /    /     |
|  Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution, etc.) oui [ ]  non [ ]     /    /     |
|  Autres mesures (suspension des admissions, etc.)  oui [ ]  non [ ]     /    /     |
|  précisez :        |
| **Recherches étiologiques :** oui [ ]  non [ ]  |
|  Echantillons envoyés au CNR des virus entériques (norovirus, rotavirus…) ? oui [ ]  non [ ]  |
|  Agent(s) infectieux identifié(s) ? oui [ ]  non [ ]  le(s)quel(s) :       |

***Merci de joindre la courbe épidémique***