|  |
| --- |
| 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](mailto: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***