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

CAS GROUPÉS D’IRA 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) | |
| **IRA** | **Critères de signalement :** au moins 5 cas d’IRA dans un délai de 4 jours (en dehors des pneumopathies de déglutition) 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 1er cas :** | **Résidents** | **Personnels** |
| Nombre de malades |  |  |
| Nombre de personnes hospitalisées |  |  |
| Nombre de personnes décédées |  |  |
| **Présence de critères d’intervention** (plusieurs réponses possibles) | | |
| 3 décès attribuables à des IRA en moins de 8 jours  oui  non | | |
| 5 nouveaux cas d’IRA 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 malades présentent-ils de la toux ? oui  non | | |
| La majorité des malades présentent-ils de la fièvre (>38°C) ? oui  non | | |
| 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 :** | | |
| Renforcement de l’hygiène des mains (personnel/résidents/visiteurs) oui  non     /    / | | |
| Port de masque pour le personnel oui  non     /    / | | |
| Port de masque par les malades oui  non     /    / | | |
| Limitation des déplacements des malades oui  non     /    / | | |
| Arrêt ou limitation des activités collectives oui  non     /    / | | |
| Chimioprophylaxie antivirale oui  non     /    / | | |
| Informations des visiteurs et intervenants extérieurs oui  non     /    / | | |
| Autres mesures (suspension des admissions,…)  oui  non     /    / | | |
| précisez : | | |
| **Recherches étiologiques :** | | |
| Tests de recherche et d’orientation diagnostique (TROD) grippe réalisés ? oui  non     /    / | | |
| D’autres recherches étiologiques réalisées ? oui  non  Lesquelles ?          /    / | | |
| Germe(s) en cause identifié(s) ? oui  non  Nom(s) germe(s) | | |
| **Avez-vous besoin d’aide ?** oui  non  Raisons | | |

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