

Signalement d'éclosion de **SAG, d'influenza ou autre virus respiratoire** en milieu de vie ou de soins

SECTION A : IDENTIFICATION

Nom de l'installation :	
Adresse :	Code postal :
Type : <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA (préciser cat. 1 à 4) : _____ <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> Autre : précisez :	
Nom de l'établissement (appartenance ou territoire du CIUSSS) : <input type="checkbox"/> Nord <input type="checkbox"/> Est <input type="checkbox"/> Centre-Sud <input type="checkbox"/> Centre-Ouest <input type="checkbox"/> Ouest	
Nom du déclarant / titre :	Numéro de téléphone :

SECTION B : DÉCLARATION INITIALE

Date d'envoi : (AAAA-MM-JJ) _____
 Date de début des symptômes du premier cas* : (AAAA-MM-JJ) _____ Date de début des symptômes du deuxième cas : (AAAA-MM-JJ) _____
 Date de début de l'éclosion : (AAAA-MM-JJ) _____
 Éclosion majeure d'influenza requérant la suspension des admissions Oui (Aviser la DRSP) Non
 Éclosion persistante ou ayant un indicateur de gravité (autres virus respiratoires) ? Oui (Aviser la DRSP) Non
 Au besoin, se référer [aux critères du CINQ](#) pour les deux questions précédentes.

**** Si l'éclosion devient une éclosion majeure ou persistante ou ayant un indicateur de gravité (selon le virus impliqué) après la déclaration initiale, il faut retourner un nouveau formulaire contenant la mise à jour des données de l'éclosion à la DRSP.**

SECTION C : DÉTAILS DE L'ÉCLOSION

	Usagers/résidents	Travailleurs de la santé
N ^{bre} total (T) dans l'installation ou sur l'unité*		
N ^{bre} total vaccinés*		
N ^{bre} total de cas confirmés d'influenza		
N ^{bre} total de cas de SAG (sans les cas confirmés)*		
N ^{bre} total de cas confirmés d'autres virus respiratoires (pour chaque virus identifié)		
N ^{bre} de cas transférés en CH*		
N ^{bre} de décès (parmi les cas)*		

IDENTIFICATION DU VIRUS

<input type="checkbox"/> SAG (indéterminé)	<input type="checkbox"/> Influenza B
<input type="checkbox"/> Influenza A; préciser le sous-type, si connu :	<input type="checkbox"/> Virus respiratoire syncytial
Si autre(s) virus respiratoire(s), cocher:	<input type="checkbox"/> Parainfluenza, préciser type si connu : _____
<input type="checkbox"/> Entérovirus	<input type="checkbox"/> Coronavirus commun, préciser type si connu : _____
<input type="checkbox"/> Rhinovirus	<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____
<input type="checkbox"/> Méta-pneumovirus humain	

PROPHYLAXIE

	Usagers/résidents		Travailleurs de la santé	
	<input type="checkbox"/> Oui (préciser)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (préciser)	<input type="checkbox"/> Non
Administration d'antiviraux en prophylaxie	<input type="checkbox"/> Oseltamivir, Date de début (AAAA/MM/JJ) :		<input type="checkbox"/> Oseltamivir, Date de début (AAAA/MM/JJ) :	
	<input type="checkbox"/> Zanamivir Date de début (AAAA/MM/JJ) :		<input type="checkbox"/> Zanamivir, Date de début (AAAA/MM/JJ) :	
Nouveaux cas 72 h après le début de la prophylaxie*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Test de sensibilité aux antiviraux*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si résistance, spécifier à quel antiviral	<input type="checkbox"/> Oseltamivir	<input type="checkbox"/> Zanamivir	<input type="checkbox"/> Oseltamivir	<input type="checkbox"/> Zanamivir

SECTION D : DISTRIBUTION DES CAS CUMULATIFS ET DES MESURES DE CONTRÔLE PAR UNITÉ DE SOINS OU SECTION TOUCHÉE

Unité(s) ou section(s)	Distribution des cas		Date de mise en place des mesures de contrôle	Date de fin des mesures de contrôle	Écllosion majeure, persistante ou avec indicateur de gravité selon les critères du CINQ (Aviser DRSP)			
	Usagers/résidents N ^{bre} cas / total unité	Travailleurs de la santé N ^{bre} cas / total unité			Non	Oui	Date de début	Date de fin
	/	/						
	/	/						
	/	/						
	/	/						
	/	/						

SECTION E : MISE À JOUR

Cocher la situation applicable et remplir les sections A-C-D lors d'une mise à jour.

- Lors d'une écloison majeure d'influenza requérant la suspension des admissions, telle que [définie par le CINQ](#)
- Lors d'une écloison persistante ou ayant un indicateur de gravité (autres virus respiratoires), telle que [définie par le CINQ](#)
- À la demande de la direction régionale de santé publique de Montréal

SECTION F : BILAN FINAL DE L'ÉCLOSION

Remplir les sections A-C-D-F lors de la fin de l'écllosion.

Date d'envoi : (AAAA-MM-JJ) _____

Date de début de l'écllosion : (AAAA-MM-JJ) _____

Date du début des symptômes du **dernier cas***: (AAAA-MM-JJ) _____

	Usagers-résidents	Travailleurs de la santé
Nombre total dans l'installation ou l'unité*		
Nombre total de cas confirmées par laboratoire (TAAN)		
Nombre total de cas confirmés par lien épidémiologique*		
Nombre total de cas (TAAN + lien épi)		
Nombre total de cas transférés en centre hospitalier*		
Nombre total de cas décédés*		
Prophylaxie offerte	<input type="checkbox"/> Oui (remplir la section C prophylaxie) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (remplir la section C prophylaxie) <input type="checkbox"/> Non
Nombre total de tests effectués		
Autres informations:		

*Une définition s'applique à ce terme au lexique (verso)

DÈS LE DÉBUT de l'écllosion, retourner ce formulaire complété à la Direction régionale de santé publique de Montréal par courriel au sante.publique.montreal.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 514-528-2461.

LEXIQUE

<ul style="list-style-type: none"> Installation 	Il s'agit des installations (publiques ou privées) ayant une mission (avec lits) de CHSLD, CHSGS ou CHR.
<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour 	Envoi d'une mise à jour pour les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Lors d'une éclosion majeure, telle que définie par le CINQ Lors de l'utilisation des antiviraux Lors de la persistance de l'éclosion malgré la mise en place de mesures de contrôle À la demande de la direction régionale de santé publique de Montréal
<ul style="list-style-type: none"> Final (envoi du bilan) 	Influenza : 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas (2 pér. d'incubation si autre virus).
<ul style="list-style-type: none"> Définition d'une éclosion suspectée et d'une éclosion d'une infection respiratoire aiguë <p><i>Sources : Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : définition des termes (INSPQ 2021)</i></p>	<p>Éclosion suspectée : Deux cas et plus (usagers et/ou TdeS) d'une infection respiratoire aiguë ayant un lien épidémiologique direct entre eux, mais dont l'étiologie n'est pas confirmée par laboratoire pour un virus respiratoire.</p> <p>Éclosion nosocomiale d'une infection respiratoire aiguë : Survenue de deux nouveaux cas nosocomiaux ou plus chez les usagers et/ou TdeS, d'un même virus respiratoire ou d'un même type d'influenza, confirmés par laboratoire et liés épidémiologiquement en tenant compte du temps d'incubation et de la période de contagiosité du virus.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Définition d'une éclosion nosocomiale majeure d'influenza <p><i>Sources : Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : définition des termes (INSPQ 2021)</i></p>	<p>Une éclosion d'influenza sera considérée majeure en présence d'au moins une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux d'attaque ou incidence élevés de cas nosocomiaux parmi les usagers de l'unité, soit : <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 20 % le jour 1 (jour où les mesures de PCI sont mises en place); - ≥ 5 % quotidiennement à partir du jour 4 en présence d'influenza. Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité).
<ul style="list-style-type: none"> Date du début des symptômes du premier cas 	Il s'agit du premier cas confirmé ou du premier cas présentant un syndrome d'allure grippale (SAG) en lien avec cette éclosion.
<ul style="list-style-type: none"> Date du début des symptômes du dernier cas 	Il s'agit du dernier cas confirmé ou du dernier cas présentant un syndrome d'allure grippale (SAG) en lien avec cette éclosion.
<ul style="list-style-type: none"> Nombre total (T) (usagers et personnel) 	Nombre total de personnes (selon la catégorie répondue) en début d'éclosion dans l'installation (CHSLD ou CHR) ou l'unité de soins (CHSGS). Cette variable vise à connaître le nombre de personnes exposées <u>en début d'éclosion</u> .
<ul style="list-style-type: none"> Nombre total vaccinés 	Inscrire le nombre de personnes vaccinées contre l'influenza <u>avant la survenue de l'éclosion</u> dans l'installation (CHSLD ou CHR) ou l'unité de soins (CHSGS). Le nombre de personnes vaccinées doit être inclus dans le nombre total d'usagers et/ou de personnel, selon la case complétée.
<ul style="list-style-type: none"> Nombre total de cas de SAG (excluant les cas confirmés) 	La définition clinique, la plus spécifique, comprend les symptômes suivants : apparition soudaine de fièvre ET toux (nouvelle ou aggravée) OU Apparition soudaine de fièvre OU toux (nouvelle ou aggravée) ET au moins un des symptômes suivants : maux de tête, mal de gorge, arthralgie, myalgie, prostration ou fatigue extrême. Des symptômes gastro-intestinaux peuvent aussi être présents, en particulier chez les enfants. Chez les personnes âgées, la toux peut parfois être tardive et la fièvre peut être légère ou absente.
<ul style="list-style-type: none"> Nombre total de cas transférés ou décédés. 	Nombre total de cas incluant les cas confirmés et les cas de SAG ayant été transférés en CH ou décédés.
<ul style="list-style-type: none"> Personnel 	Inclut les membres du personnel de la santé, bénévoles et médecins. Pour avoir une définition du personnel de santé – se référer au PIQ (p. 66).
<ul style="list-style-type: none"> > 72 heures post prophylaxie : y a-t-il eu des nouveaux cas? 	Présence de nouveaux cas survenant après 72 heures de prise d'antiviraux en prophylaxie (test de sensibilité pour agent antiviral à réaliser afin de déceler toute résistance à l'agent antiviral utilisé).
<ul style="list-style-type: none"> Test de sensibilité (résistance) aux antiviraux 	Résultat de laboratoire positif à la suite du test de sensibilité pour antiviraux. Aviser la DRSP de tous résultats de laboratoire indiquant une résistance aux antiviraux.
<ul style="list-style-type: none"> SAG (syndrome d'allure grippale) 	Dans les documents mis à jour en novembre 2021, l'INSPQ a modifié le terme SAG pour <i>cas clinique d'infection respiratoire aiguë</i> afin de faire référence à tous les virus respiratoires et non seulement à l'influenza. Nous avons tout de même conservé le terme SAG dans le présent formulaire.
<ul style="list-style-type: none"> Cas confirmés par lien épidémiologique 	Usager présentant un tableau clinique compatible avec une infection respiratoire aiguë et présentant un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire durant sa période de contagiosité.

Pour toute information, veuillez communiquer :

Du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30 : infirmier(ère) de l'équipe des infections nosocomiales (MVS) au **514 528-2400**.

À l'extérieur des heures ouvrables, les fins de semaine et les jours fériés : médecin de garde en maladies infectieuses au 514 528-2400 et suivre les indications sur le répondeur.