

## Fiche de signalement d'un foyer de cas groupés de gastro-entérite aigüe (GEA) en collectivités de personnes âgées ou à risque

L'objectif principal du signalement rapide à l'aide de cette fiche est : d'alerter pour mettre rapidement en place des mesures de gestion et, si nécessaire, solliciter de l'aide auprès de l'ARS ou du CCLIN, Arlin, ou réseaux d'hygiène. Selon la situation, une investigation pourra être menée pour identifier les facteurs favorisant la transmission.

Cette fiche est à retourner sans délai à l'ARS de votre région dès que l'épisode de cas groupés est identifié, même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations demandées.

**par Fax : 03.80.41.99.50 (ARS 21)**

La partie « bilan final à la clôture de l'épisode » sera complétée secondairement à la fin de l'épisode.

*Si vous avez établi une courbe épidémique, merci de la joindre.*

*Si une origine alimentaire ou hydrique est suspectée, cet épisode doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire de Tiac.*

**Critères de signalement:** survenue d'au moins **5 cas de GEA** dans une période de **4 jours** chez des **résidents** ou membres du **personnel** de l'établissement ayant des **liens** entre eux tels que partage des mêmes lieux (même étage, même service, même unité etc. ); partage des mêmes repas ou menus ; participation à des activités communes, etc..

### Signalement

**Date du signalement :** ... .. / ... .. / ... .. (jj/mm/aaaa)

**Personne responsable du signalement :** Nom : ..... Fonction : .....

Tél : ..... Fax : ..... E-mail : .....

### Établissement

**Nom de l'établissement :** .....

Adresse : .....

Code postal : /... /... /... /... /... / Commune : .....

Nom et numéro de téléphone : du médecin coordonateur : .....

de la personne référente : .....

du directeur : .....

**Type d'établissement :**

Maison de retraite

Foyer logement

Hôpital ou clinique

Maison de retraite EHPAD

Unité de soins de longue durée

Autre, préciser : .....

**Nombre de secteurs/unités dans l'établissement :** .....

**Nombre de résidents :** ..... **Nombre de membres du personnel :** .....

### Épisode de cas groupés de gastro-entérite

	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de malades		
Nombre de personnes hospitalisées		
Nombre de personnes décédées		

**Date du début des signes du premier cas :** \_\_/\_\_/\_\_ **du dernier cas :** \_\_/\_\_/\_\_

**Nombre total de secteurs/unités affectés (avec des cas de gastro-entérites) :** .....

Tableau clinique	oui	non	Ne sait pas
Vomissements prédominants			
Diarrhées prédominantes			
Présence de cas avec fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$			
Présence de cas avec diarrhée sanglante			
Autres signes, précisez : .....			
.....			

Durée moyenne de la maladie ? |...|...|...| heures

ou

|...|...|...| jours

**Recherche agents infectieux déjà effectués ou en cours**  Oui  Non  Ne sait pas

Si résultats disponibles, préciser .....

**Si pas de recherche**, un agent est-il suspecté sur des critères cliniques ou épidémiologiques  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, lequel : .....

## Mesures de contrôle

Mise en place de mesures de contrôle :  Oui  Non  Ne sait pas

Mesures de contrôle prises dans l'établissement	Si, oui	Date de mise en place
Renforcement des mesures d'hygiène	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Précautions de type contacts		
Nettoyage et désinfection surfaces et locaux - Bionettoyage et désinfection surfaces et locaux - Nettoyage classique	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Limitation des déplacements des malades	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Arrêt ou limitation des activités collectives	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Mise à l'écart des soins du personnel malade	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Informations des visiteurs et intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution, etc.)	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Autres mesures, (suspension des admissions,...) précisez : .....	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____

Avez-vous déjà contacté d'autres structures ?  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, précisez lesquelles avec le nom des personnes contactées : .....

Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ?  Oui  Non  Ne sait pas

Précisez : .....

Commentaires : .....

## Bilan final à la clôture de l'épisode

Date du dernier cas : ..... / ..... / .....

### Bilan définitif des cas :

	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de malades		
Nombre de personnes hospitalisées		
Nombre de personnes décédées		

Nombre de secteurs affectés : .....

Mesures de contrôle complémentaires : .....

Résultats des recherches étiologiques: .....

**Problèmes rencontrés par la structure**  Matériel  Personnel  Financier

Organisationnel  Autres : .....

Avez-vous reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode :  Oui  Non

Si oui, précisez de quelles institutions :  CVAGS  DT  CIRE  ARLIN  CCLIN

Autres : .....

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

### Cadre réservé à l'administration :

Signalement reçu par :  CVAGS  DT  CIRE  ARLIN  CCLIN

N° Signalement : .....