

IV. MESURES DE CONTRÔLE

Mise en place de mesures de contrôle : Oui Non

| Mesures prises dans l'établissement | Oui | Non | Date de mise en place |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Renforcement de l'hygiène des mains (personnel/résidents/visiteurs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Précautions de type « contact » | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Limitation des déplacements des malades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Arrêt ou limitation des activités collectives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Mise à l'écart des soins et de la préparation des repas du personnel malade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Informations des visiteurs et intervenants extérieurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Nettoyage et désinfection surfaces et locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Nettoyage classique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Bionettoyage et désinfection surfaces et locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |
| Autres mesures (suspension des admissions...), précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___/___/_____ |

Recherches étiologiques déjà entreprises ou en cours : Oui Non Ne sait pas

Si oui, précisez lesquelles :

Résultats :

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

Pour quelles raisons :

Commentaires :

V. BILAN FINAL À LA CLÔTURE DE L'ÉPISODE (À COMPLÉTER DANS LES 10 JOURS SUIVANT LA SURVENUE DU DERNIER CAS)

Date du bilan (jj/mm/aaaa) : ___/___/_____

Date du dernier cas (jj/mm/aaaa) : ___/___/_____

| Bilan définitif des cas | Résidents | Membres du personnel |
|--|-----------|----------------------|
| Nombre de malades | _____ | _____ |
| ⇒ dont nombre de personnes hospitalisées | _____ | _____ |
| ⇒ dont nombre de personnes décédées | _____ | _____ |

Résultats des recherches étiologiques (précisez) :
.....
.....

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

Si oui, précisez :

ARS- CVAGS Cpias Cire – Santé publique France Réseau local d'hygiène

Commentaires :

Merci de joindre la courbe épidémique finale obtenue à partir des feuilles de surveillance.