

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 Arlin Cclin Cire – SPF Réseau local d'hygiène

Commentaires :

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