

LIGNES DIRECTRICES POUR REMPLIR LA LISTE DE CAS DE LA FLAMBÉE

1. Remplissez en caractères lisibles ou sous format électronique.
2. Signalez la maladie sur une liste de cas pour la période de 24 heures précédente, de minuit à minuit (00h01 – 24h00).
3. Remplissez et télécopiez tous les matins la liste de cas au 613-933-7930 ou la faire parvenir à l'aide du lien SharePoint fourni jusqu'à ce que la flambée soit déclarée terminée, qu'il y ait des changements ou non.
4. Saisissez les renseignements suivants :
 - Coordonnées de votre établissement.
 - Unité/étage touché par la flambée.
 - Identification du type de flambée : respiratoire ou entérique.
 - Préciser si la liste de cas consiste de résidents/patients ou du personnel.
 - Ajouter le numéro de flambée dès que le BSEO l'aura fourni.
 - La date de la déclaration de la flambée.
5. Saisissez les informations démographiques suivantes aux fins d'identification et d'information sur les cas :
 - Nombre de cas en ordre chronologique dans la première colonne à gauche
 - Nom
 - Date de naissance
 - Numéro de chambre – résident*/patient seulement
 - Date du dernier jour de travail – personnel seulement

*À noter : veuillez n'ajouter le nom des résidents qu'une fois sur la liste de cas.
6. Indiquez la date de l'apparition des symptômes et la date à laquelle les précautions ont été débutées sous *Identification de cas et information*. La date du début des précautions fait référence à la date à laquelle le résident a commencé son isolement ou a été placé sous précautions contre les gouttelettes ou les contacts.

Il est important de remplir cette colonne puisqu'elle aidera à déterminer s'il existe une flambée. Ces dates seront importantes plus tard pour déterminer si la flambée peut être déclarée terminée.
7. Dans la section *Symptômes* :
 - Cliquez dans la case appropriée pour chaque symptôme indiqué pour le cas.
 - Pour les symptômes de vomissements et/ou diarrhée, veuillez indiquer si le cas a eu 2 épisodes ou plus en 24 heures dans la colonne appropriée en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non.
 - Notez les symptômes observés sur une période de 24 heures.
 - N'incluez un symptôme que s'il est nouveau ou s'il est inhabituel pour le résident. Par exemple, si Mme Dupont a toujours des selles liquides à cause d'une maladie chronique, cela ne sera pas noté ici.

Veuillez vous assurer de répondre aux critères de la définition de cas pour chaque type d'éclosion (COVID-19, respiratoire ou entérique). Pour certains types de flambée, un individu qui présente un seul symptôme est considéré un cas dans une flambée, tandis que d'autres peuvent exiger 2 symptômes ou plus pour qu'un cas soit inclus dans une flambée.
8. Dans la section *Interventions* :
 - Indiquez la date à laquelle l'échantillon a été prélevé (selle ou écouvillon) dans la colonne appropriée
 - Notez en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non, si le cas a reçu son vaccin annuel contre la grippe et son vaccin contre le VRS.
 - Notez en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non afin de préciser si la personne est à jour dans sa vaccination contre la Covid-19
 - Résident : a reçu le vaccin contre la Covid-19 au cours des 6 derniers mois
 - Personnel : a reçu son vaccin annuel contre la Covid-19.
 - Indiquez si le cas a reçu des antiviraux en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non et précisez en utilisant la lettre « T » ou « P » si le patient a reçu le Tamiflu ou le Paxlovid.
9. Sous *Complications*, notez en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non, toute pneumonie confirmée par radiographie thoracique et indiquez la date de toute visite à l'urgence, hospitalisation ou décès.

13562 ICD-26f



BSEO.ca • 613 933-1375 • 1 800 267-7120



Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

10. Dans la section Test, veuillez indiquer :

- Le résultat du test RAT positif (+) ou négatif (-).
- Résultats du test PCR : Noter les résultats à l'aide de l'une des abréviations suivantes :
 - Non testé : laisser vierge
 - Négatif : Nég
 - Adénovirus : Adv +
 - Coronavirus : CoV+
 - Covid-19 : Covid +
 - Entérovirus : EV+
 - Métapneumovirus : MPV+
 - Influenza A : Flu A +
 - Influenza B : Flu B+
 - Parainfluenza : PIV+
 - Rhinovirus : Rhino+
 - VRS : RSV+.

11. Continuez à documenter les nouveaux cas qui répondent à la définition sur la liste de cas originale. Lorsque la page est remplie, ajoutez un formulaire supplémentaire. Ne supprimez pas de cas; rayez au lieu les individus qui ne sont plus considérés comme faisant partie de la flambée.

*Des exemples d'un individu qui n'est plus considéré à faire partie de la flambée comprennent un cas qui n'a pas de lien épidémiologique.

Si le ou les symptômes d'un cas ont recommencé après avoir été résolus, actualisez la date de l'arrêt des précautions au lieu de l'ajouter comme étant un nouveau cas sur la liste. Si cette situation se produit pour un cas qui a été soigné avec des antiviraux, veuillez entrer en contact avec lrc@eohu.ca pour obtenir des directives supplémentaires.

12. Dans la section *Identification de cas et information*, les colonnes suivantes doivent être remplies afin de déterminer quand une flambée peut être déclarée terminée :

- Date sans symptômes
- Date à laquelle les précautions sont interrompues

Veuillez vous assurer que les renseignements inclus dans les listes de cas soient bien lisibles car ce sont des documents légaux.

- Remplissez tous les champs obligatoires de la liste de cas. Notez que certaines colonnes se sont requises que pour les cas de résident/patient ou de personnel.
- Lorsque vous indiquez la date dans les champs obligatoires, veuillez utiliser le format suivant : AAAA/MM/JJ.
- Les données doivent être recueillies chaque jour, de minuit à minuit (période de 24 heures).

Utilisez la case à cocher pour indiquer si la liste de cas vise les résidents/patients ou le personnel.
--

[illegible]

Indiquez le numéro de la flambée, la date de déclaration de la flambée et le(s) numéro(s) de page.

Ajoutez le dernier jour travaillé.

Inscrivez tous les symptômes.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardiea (fréquence cardiaque ≥ 100 bmp)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardia (fréquence cardiaque ≥ 100 bpm)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardia (fréquence cardiaque ≥ 100 bmp)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardia (fréquence cardiaque ≥ 100 bpm)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information									Symptômes																	Interventions				Complications			Test																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)			Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥ 2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardiea (fréquence cardiaque ≥ 100 bmp)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.



LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardia (fréquence cardiaque ≥ 100 bmp)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardiea (fréquence cardiaque ≥ 100 bmp)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardia (fréquence cardiaque ≥ 100 bpm)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardia (fréquence cardiaque ≥ 100 bpm)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.

LISTE DES CAS DE FLAMBÉE POUR LES INSTITUTIONS

Envoyer chaque jour le formulaire au BSEO avant 10 h par télécopieur au 613-933-7930 ou envoyer via le lien SharePoint fourni

Nom et adresse de l'établissement : _____

Téléphone de l'établissement : _____ Unité/Étage : _____ Numéro de flambée 2258 - _____ - _____

Type de flambée : ☐ RESPIRATOIRE ☐ ENTÉRIQUE ☐ Agent responsable : _____ ☐ RÉSIDENT/PATIENT ☐ PERSONNEL Déclaration de la flambée : 20____ / ____ / ____

Identification de cas & Information								Symptômes														Interventions				Complications		Test																
Numéro de cas (ordre chronologique)	Nom (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro de chambre RÉSIDENT/PATIENT SEULEMENT	Date de la dernière journée de travail PERSONNEL SEULEMENT	Date du début des symptômes	Date du début des précautions	Date de fin des symptômes	Date de fin des précautions	Diarrhée	≥2 Épisodes de diarrhée en 24 h (O/N)	Vomissement	≥ 2 Épisodes de vomissement en 24 h (O/N)	Nausée	Douleur abdominale	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Toux nouvelle ou qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflement	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte du goût ou de l'odorat	Maladie chronique nouvelle ou qui s'aggrave	Tachycardia (fréquence cardiaque ≥ 100 bmp)	Asymptomatique	Date de collecte d'échantillon de selle	Date de collecte de l'écouvillon	Vaccin contre la grippe (O/N)	Vaccination contre le VRS (O/N)	Vaccination contre la COVID-19 à jour (O/N)	Antiviraux (O/N) – (T/P) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie du thorax (O/N)	Date de la visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date du décès	Résultat du test RAT (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)			

Ligne de déclaration des flambées : 613-933-1375, poste 1574 (du lundi au vendredi, de 8h30 – 16h30) Après les heures : 1-800-267-7120

Les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (ou toute loi appropriée) et de toute législation applicable à la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration des programmes et services de santé publique, et peuvent être utilisés à des fins évaluatives ou statistiques. Vous pouvez adresser toute question au sujet de la collecte de ces renseignements au gestionnaire du programme Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Bureau de santé de l'est de l'Ontario, 1000, rue Pitt, Cornwall (Ontario) K6J 5T1 ou par téléphone au 613-933-1375 ou au 1 800 267-7120.

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.