



Nom du milieu :

Adresse du milieu : No téléphone :

Nom du responsable : Courriel :

DATE DE DÉBUT D'ÉCLOSION :

AGENT PATHOGÈNE COVID-19 VRS Influenza

Gastro-entérite (Important : compléter les cases suivantes si applicable)

Apparition de symptômes similaires chez plusieurs résidents et/ou travailleurs dans les heures suivant la prise d'aliment en commun (ex : évènement spécial, repas)

Présence de sang dans les selles chez un ou plusieurs résidents

Présence d'un manipulateur d'aliment malade (ex : travailleur de la cuisine, PAB qui manipule des aliments lors du service aux résidents)

PRÉLÈVEMENT

Nature des prélèvements positifs : TAAN (PCR) Test rapide Culture Inconnu

Prélèvement(s) en cours : Non Oui

TYPE DE MILIEU RPA : Unité de soins RPA : Hors unité de soins

INFORMATION SUR L'ÉCLOSION

	USAGERS		TRAVAILLEURS
	En unité de soins	Hors unité de soins	
Date de début des symptômes (1 ^{er} cas)			
Nombre total de résidents/travailleurs malades			
Nombre total de résidents / Nombre total de travailleurs dans le milieu			
Taux d'attaque = $\frac{\text{Nombre total de résidents/travailleurs malades}}{\text{Nombre total de résidents/travailleurs dans le milieu}} \times 100$	%	%	%
Nombre de résidents/travailleurs hospitalisés (en lien avec l'infection en cause)			
Nombre de résidents/travailleurs décédés (en lien avec l'infection en cause)			
Date de début des symptômes du dernier cas			

Nom de l'intervenant

Titre/fonction