



## Lignes directrices pour remplir la liste de cas d'écllosion

1. Imprimez lisiblement ou remplissez électroniquement.
2. Signalez la maladie sur une liste de cas pour la période de 24 heures précédente, de minuit à minuit (00h01 – 24h00).
3. Complétez et télécopiez la liste de cas au 613-580-9649 ou envoyez-la par transfert de fichiers sécurisé via le lien fourni par votre enquêteur à SPO à chaque jour jusqu'à ce que l'écllosion soit déclarée terminée, quels que soient les changements.
4. Évitez d'ajouter des cas de différents groupes/programmes sur la même liste de cas et créez à la place une liste de cas par groupe/programme.
5. Entrez les coordonnées de votre établissement. Indiquez le groupe/programme qui est en écllosion. Identifiez le type d'écllosion; respiratoire ou entérique. Distinguez si la liste est destinée aux enfants ou au personnel. Ajoutez le numéro de l'écllosion une fois fourni par l'enquêteur de SPO ainsi que la date à laquelle l'écllosion a été déclarée.
6. Entrez les informations démographiques suivantes pour l'identification et les informations sur le cas :
  - Nombre de cas chronologiquement dans la colonne la plus à gauche
  - Nom
  - Date de naissance
  - Groupes/Programme - enfants et personnel
  - Poste - personnel seulement
  - Date du dernier jour de travail - personnel seulement
7. Indiquez la date d'apparition des symptômes et la date de dernière présence au centre de service de garde sous *Identification et information sur les cas.*

Il est important de remplir cette colonne, car cela aidera à déterminer s'il existe une écllosion. Ces dates seront importantes plus tard pour déterminer si l'écllosion peut être déclarée terminée.

8. Dans la section *Symptômes* :
  - Pour chaque cas, inscrivez la date d'apparition de chaque symptôme ressenti
  - Enregistrez les symptômes observés sur une période de 24 heures
  - N'incluez un symptôme que s'il est nouveau ou s'il est inhabituel pour l'individu. Par exemple, si un enfant a toujours des selles liquides en raison d'une maladie chronique, cela ne sera pas noté ici.
9. Sous *Commentaires*, ajoutez toute autre information pertinente relative à l'investigation, comme; des symptômes supplémentaires qui ne sont pas inclus sur la liste, des résultats de test ou si la diarrhée est arrêtée et recommencée.
10. Télécopiez la liste de cas complétée quotidiennement avant 12h (midi) à SPO au 613-580-9649 OU envoyez-la par voie électronique via le transfert de fichiers sécurisé.
11. Continuez à ajouter de nouveaux cas qui correspondent à la définition de cas à la liste de cas d'origine. Lorsque la page est remplie, ajoutez un formulaire supplémentaire. Ne supprimez aucun cas et barrez à la place les personnes qui ne sont plus considérées comme faisant partie de l'éclosion.

\*Les exemples d'individus qui ne sont plus considérés comme faisant partie de l'éclosion comprennent un cas qui présente des symptômes attribués à une autre cause.

Si le ou les symptômes d'un cas ont recommencé après avoir été résolus, mettez à jour la date de fin des symptômes plutôt que d'ajouter la personne comme un nouveau cas sur la liste de cas.
12. Dans la section *Identification des cas et informations*, les colonnes suivantes doivent être remplies pour déterminer quand l'éclosion peut être déclarée terminée :
  - Date de fin des symptômes
  - Date de retour au centre de service de garde

**Veillez vous assurer de la bonne lisibilité des informations figurant sur les listes de cas, car il s'agit de documents légaux.**

Mis à jour : 5 juillet 2023



### Comment remplir une liste de cas d'écllosion

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

Utilisez la case à cocher pour indiquer le type d'écllosion; respiratoire ou entérique.

Indiquez le nom de l'établissement et le groupe/programme en écllosion.

Utilisez la case à cocher pour indiquer si la liste de cas est pour les enfants ou le personnel.

**LISTE DE CAS pour les centres de service de garde**

Page \_\_\_ de \_\_\_

Télécopiez quotidiennement au (613) 580-9649 ou envoyez par fichier sécurisé à l'enquêteur avant 12h (midi)

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_ Groupe/Programme: \_\_\_\_\_ Numéro d'écllosion 2251-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Type d'écllosion: RESPIRATOIRE  ENTÉRIQUE  ENFANTS  PERSONNEL  Date de déclaration d'écllosion: 20\_\_/\_\_/\_\_

Incluez le numéro d'écllosion, la date à laquelle l'écllosion a été déclarée et le(s) numéro(s) de page.

Numérotez chronologiquement. Ne pas supprimer, modifier ou réattribuer des numéros sans consulter le bureau de santé publique.

Si vous remplissez une liste de cas pour le personnel, ajoutez le poste et le dernier jour de travail.

| Identification et information sur les cas |   |   |                           |   |                                 |                           | Symptômes *veuillez indiquer la date d'apparition de chaque symptôme |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |                                     |                                |                   |              |                               | Commentaires   |                 |   |               |  |  |  |
|---|---|---|---------------------------|---|---------------------------------|---------------------------|--|--|----------|-------------|--------|---------------------|--------------|--------|----------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------|-------------------------------|----------------|-----------------|---|---------------|--|--|--|
| Numéro de cas # (chronologiquement)       | Nom et date de naissance (Surname, Nom) | Groupe/Programme (par exemple; bambin groupe 1, tout-petit) | Poste PERSONNEL SEULEMENT | Date du dernier jour de travail PERSONNEL SEULEMENT | Date d'apparition des symptômes | Date de dernière présence | Date de fin des symptômes  | Date de retour au centre de service de garde | Diarrhée | Vomissement | Nausée | Crampes abdominales | Maux de tête | Fièvre | Frissons | Douleurs musculaires (Myalgie) | Nouvelle toux ou toux qui s'aggrave | Écoulement nasale/Éternuements | Congestion nasale | Mal de gorge | Fatigue, léthargie ou malaise | Essoufflements | Perte d'appétit | Diminution ou perte de goût ou d'odorat | Conjonctivite |  |  |  |
|   |   |   |                           |   |                                 |                           |  |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |                                     |                                |                   |              |                               |                |                 |   |               |  |  |  |
|   |   |   |                           |   |                                 |                           |  |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |                                     |                                |                   |              |                               |                |                 |   |               |  |  |  |
|   |   |   |                           |   |                                 |                           |  |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |                                     |                                |                   |              |                               |                |                 |   |               |  |  |  |

Incluez tous les renseignements supplémentaires pouvant appuyer l'investigation du bureau de santé publique. (par exemple : résultat de test, autres symptômes)

Ligne de signalisation des écllosions 613-580-2424 x26325 (lundi au vendredi de 08h30 à 16h30) OU Après les heures de bureau au 3-1-1

Indiquez la date d'apparition des symptômes, la date de dernière présence et la date de retour.

Incluez la date d'apparition de tous les symptômes.

**LISTE DE CAS pour les centres de service de garde**

Télécopiez quotidiennement au (613) 580-9649 ou envoyez par fichier sécurisé à l'enquêteur avant 12h (midi)

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_

Groupe/Programme: \_\_\_\_\_

Numéro d'éclosion 2251-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Type d'éclosion: RESPIRATOIRE  ENTÉRIQUE

ENFANTS  PERSONNEL

Date de déclaration d'éclosion: 20\_\_/\_\_/\_\_

| Identification et information sur les cas |   |  |   |  |                                     |   |                                 | Symptômes *veuillez indiquer la date d'apparition de chaque symptôme |                           |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |   |                                |                   | Commentaires |                               |                |                 |   |               |  |  |
|---|---|--|---|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|---------------------------|--|----------|-------------|--------|---------------------|--------------|--------|----------|--------------------------------|---|--------------------------------|-------------------|--------------|-------------------------------|----------------|-----------------|---|---------------|--|--|
| Numéro de cas # (chronologiquement)       | Nom et date de naissance<br>(Surnom, Nom) |  | Groupe/Programme<br>(par exemple; bambin<br>groupe 1, tout-petit) |  | Poste<br><b>PERSONNEL SEULEMENT</b> | Date du dernier jour de travail<br><b>PERSONNEL SEULEMENT</b> | Date d'apparition des symptômes | Date de dernière présence  | Date de fin des symptômes | Date de retour au centre de service de garde | Diarrhée | Vomissement | Nausée | Crampes abdominales | Maux de tête | Fièvre | Frissons | Douleurs musculaires (Myalgie) | Nouvelle toux ou qui toux qui s'aggrave | Écoulement nasale/Éternuements | Congestion nasale | Mal de gorge | Fatigue, léthargie ou malaise | Essoufflements | Perte d'appétit | Diminution ou perte de goût ou d'odorat | Conjonctivite |  |  |
|   |   |  |   |  |                                     |   |                                 |  |                           |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |   |                                |                   |              |                               |                |                 |   |               |  |  |
|   |   |  |   |  |                                     |   |                                 |  |                           |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |   |                                |                   |              |                               |                |                 |   |               |  |  |
|   |   |  |   |  |                                     |   |                                 |  |                           |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |   |                                |                   |              |                               |                |                 |   |               |  |  |
|   |   |  |   |  |                                     |   |                                 |  |                           |  |          |             |        |                     |              |        |          |                                |   |                                |                   |              |                               |                |                 |   |               |  |  |

Ligne de signalisation des éclosions 613-580-2424 x26325 (lundi au vendredi de 08h30 à 16h30) OU Après les heures de bureau au 3-1-1