



## 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. Complétez des listes de cas séparées pour les clients et pour le personnel.
5. Entrez les coordonnées de votre établissement. Indiquez l'unité/le groupe/le programme (le cas échéant) qui est en écllosion. Distinguez si la liste est destinée aux résidents/patients ou au personnel.
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
  - Unité/groupe/programme – clients et personnel
  - Poste - personnel seulement
  - Date du dernier jour de travail - personnel seulement
7. Indiquez la date d'apparition des symptômes 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 le client ou le membre du personnel. Par exemple, si une cliente 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, telle que; autres symptômes non-indiqués sur la liste, résultats de tests ou si la diarrhée est arrêtée et recommencée.
10. Télécopiez la liste de cas complétée quotidiennement avant 12h00 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.

\*Un exemple d'individu qui n'est plus considéré comme faisant partie de l'éclosion serait 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 d'arrêt des précautions 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 fin d'isolement/période de surveillance

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

Mise à jour : 7 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 de clients 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 l'unité/l'étage en écllosion.

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



### LISTE DE CAS pour milieu d'hébergement collectif

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

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

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_  
Type d'écllosion: RESPIRATOIRE  ENTÉRIQUE

Unité/Groupe/Programme: \_\_\_\_\_  
CLIENTS  PERSONNEL

Numéro d'écllosion 2251-\_\_\_\_\_  
Date de déclaration: 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.

Identification et information sur les cas							Symptômes *veuillez indiquer la date d'apparition de chaque symptôme														Interv.	Test	Commentaires								
Numéro de cas (chronologiquement)	Nom et date de naissance (Surnom, Nom)		Unité/Groupe/Programme (C.-à-d., soins palliatifs, logement de transition)	Poste PERSONNEL SEULEMENT	Date de la dernière journée au travail PERSONNEL SEULEMENT	Date d'apparition des symptômes CLIENTS SEULEMENT	Date de fin des symptômes	Date de fin d'isolement / période de surveillance	Diarrhée	Vomissements	Nausée	Crampes abdominales	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (Myalgie)	Nouveau toux ou toux qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflements	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte de goût ou d'odorat	Asymptomatique	Vaccin antigrippal (ON)	Nb dose de vaccin de COVID-19 (1-4-Bivalent (ON))	Résultat du test TAR (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)		

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

Incluez tous les renseignements supplémentaires pouvant appuyer l'investigation du bureau de santé publique.

Ligne de signalisation des écllosions: 613-580-2424 poste 26325 (lundi au vendredi de 8h30 à 16h30) OU Après les heures d'affaires: 3-1-1

Indiquez les dates d'apparition des symptômes, du début d'isolement et de fin des symptômes.

Incluez la date d'apparition de tous les symptômes.

**LISTE DE CAS pour milieux d'hébergement collectif**

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

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_

Unité/Groupe/Programme: \_\_\_\_\_

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

Type d'éclosion:    RESPIRATOIRE     ENTÉRIQUE

CLIENTS                       PERSONNEL

Date de déclaration: 20 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Identification et information sur les cas								Symptômes *veuillez indiquer la date d'apparition de chaque symptôme														Interv.	Test	Commentaires							
Numéro de cas (chronologiquement)	Nom et date de naissance (Surnom, Nom)	Unité/Groupe/ Programme  (C.-à-d., soins palliatifs, logement de transition)	Poste <b>PERSONNEL SEULEMENT</b>	Date de la dernière journée au travail <b>PERSONNEL SEULEMENT</b>	Date d'apparition des symptômes	Date du début d'isolement <b>CLIENTS SEULEMENT</b>	Date de fin des symptômes	Date de fin d'isolement / période de surveillance	Diarrhée	Vomissements	Nausée	Crampes abdominales	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (Myalgie)	Nouvelle toux ou toux qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuement	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflements	Diminution ou perte d'appétit	Diminution ou perte de goût ou d'odorat	Asymptomatique	Vaccin antigrippal (O/N)	Nb dose du vaccin de COVID-19 (1-4)-Bivalent (O/N)	Résultat du test TAR (+/-)	Résultat du test PCR (+/-)		

Ligne de signalisation des éclosions: 613-580-2424 poste 26325 (lundi au vendredi de 8h30 à 16h30) OU Après les heures d'affaires: 3-1-1