



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 différentes unités/étages sur la même liste de cas et créez à la place une liste de cas par unité/étage.
5. Entrez les coordonnées de votre établissement. Indiquez l'unité/l'étage qui est en écllosion. Identifiez le type d'écllosion; respiratoire ou entérique. Distinguez si la liste est destinée aux résidents/patients 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
 - Numéro de chambre - résident/patient seulement
 - Poste - personnel seulement
 - Date du dernier jour de travail - personnel seulement
7. Indiquez la date d'apparition des symptômes et la date à laquelle les précautions ont été débutés sous *Identification et information sur les cas*. La date de début des précautions fait référence à la date à laquelle le résident a commencé à s'isoler ou a été placé sous précautions contre les gouttelettes et/ou les contacts.

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
- Pour les symptômes de vomissements et/ou de diarrhée, veuillez indiquer si le cas a eu 2 épisodes ou plus dans les 24 heures dans la colonne appropriée en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non
- 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 résident. Par exemple, si Mme Dupont a toujours des selles liquides en raison d'une maladie chronique, cela ne sera pas noté ici

Veuillez vous assurer de répondre aux critères de définition de cas pour chaque type d'éclosion (COVID-19, respiratoire ou entérique). Certains types d'éclosions considèrent qu'un individu présentant un seul symptôme est un cas dans une éclosion, tandis que d'autres peuvent nécessiter deux symptômes ou plus pour être considérés comme un cas dans une éclosion.

9. Dans la section *Interventions* :

- Indiquez la date à laquelle l'échantillon a été prélevé (selles ou écouvillon) dans la colonne appropriée
- Enregistrez en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non, si le cas a reçu son vaccin annuel contre la grippe
- Inclure le nombre de doses de COVID-19 (1-4) que le cas a reçues et indiquez s'il a reçu le vaccin bivalent en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non
- Indiquez si le cas a reçu des antiviraux en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non et précisez en utilisant l'initiale « T » ou « P » si le patient a reçu du *Tamiflu* ou du *Paxlovid*

10. Sous *Complications*, notez en utilisant « O » pour oui ou « N » pour non, toute pneumonie confirmée par une radiographie pulmonaire et indiquez la date de toute visite à l'urgence, hospitalisation ou décès.

11. Dans la section *Test*, veuillez indiquer les résultats TAR et/ou PCR ; positif (+) ou négatif (-). Si la ou les colonnes sont laissées vides, l'enquêteur supposera que le(s) test(s) n'a/n'ont pas été effectué(s).

12. Sous *Commentaires*, ajoutez toute autre information pertinente relative à l'investigation, comme; actuellement sur un traitement d'antibiotiques, a reçu un traitement d'antibiotiques au cours des 6 dernières semaines ou la diarrhée arrêtée et recommencée.

13. 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.

14. 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 s'est avéré être acquis par la communauté ou un cas qui n'est pas de lien épidémiologique.

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. Si cette situation se produit pour un cas qui a été traité avec des antiviraux, veuillez communiquer avec un enquêteur de SPO pour obtenir des directives supplémentaires.

15. Continuez à documenter les nouveaux cas sur la liste de cas les fins de semaine, et télécopiez-la ou envoyez-la par transfert de fichiers sécurisé à SPO.

16. Dans la section *Identification des cas et informations*, les colonnes suivantes doivent être remplies pour déterminer quand l'éclosion peut être déclarée terminée :

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

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 : 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 de résidents/patients 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 résidents/patients ou le personnel.

LISTE DE CAS pour foyers de soins à longue durée, maisons de retraite et soins aigus
Télécopiez quotidiennement au (613) 580-9649 ou envoyez par fichier sécurisé à l'enquêteur avant 12h (midi)

Nom de l'établissement _____
Type d'écllosion: RESPIRATOIRE ENTÉRIQUE

Unité/Étage: _____
RÉSIDENT/PATIENT PERSONNEL

Numéro d'écllosion 2251-_____-_____
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.

Numéro de cas # (chronologiquement)	Identification et information sur les cas					Symptômes *veuillez indiquer la date d'apparition de chaque symptôme													Interventions		Complications		Test		Commentaires																			
	Nom et date de naissance (Surnom, Nom)	N° de chambre RÉSIDENT/PAT SEULEMENT Poste PERSONNEL SEULEMENT	Date de la dernière tournée au travail PERSONNEL SEULEMENT	Date de début des symptômes	Date de fin des précautions	Date de fin des symptômes	Date de cessation des précautions	Diarrhée	Vomissement	≥ 2 épisodes de diarrhées en 24hrs (O/N)	≥ 2 épisodes de vomissements en 24hrs (O/N)	Neuaise	Crampes abdominales	Maux de tête	Fièvre	Frissons	Douleurs musculaires (myalgie)	Nouvelle toux ou toux qui s'aggrave	Écoulement nasal/Éternuements	Congestion nasale	Mal de gorge	Fatigue, léthargie ou malaise	Essoufflements	Diminution ou perte d'appétit		Diminution ou perte de goût ou d'odorat	Nouvelle condition chronique ou qui s'aggrave	Tachycardie (batttements ≥ 100bpm)	Asymptomatique	Date de prélèvement d'échantillon de selles	Date de prélèvement de l'écouvillon	Vaccin antigrippal (O/N)	No doses du vaccin de COVID-19 (1-4) - Bivalent (O/N)	Antiviraux (O/N) - (TTP) Tamiflu ou Paxlovid	Pneumonie confirmée par radiographie (O/N)	Date de visite à l'urgence	Date de l'hospitalisation	Date de décès	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.

Indiquez les dates de début et de fin des précautions.

Incluez la date d'apparition de tous les symptômes.

Ligne de signalisation des éclloisions: 613-580-2424 poste 25325 (lundi au vendredi de 0830 – 1630) OU Après les heures d'affaires: 3-1-1

