



Flambée exceptionnelle en milieu hospitalier

Déclaration dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Agent pathogène

agent pathogène identifié: _____

résistance phénotypique: _____ résistance génotypique: _____

typage génomique fait ou prévu: oui non résultats: _____

modes de transmission présumés: de personne à personne (transmission directe) environnement (transmission indirecte par l'environnement)

source environnementale (via une source commune) ou dispositif médical contaminé

inconnu autres: _____

Caractéristiques épidémiologiques de la flambée au moment de la déclaration

cas identifiés: nombre de cas avec infection symptomatique: _____ nombre de porteurs/porteuses sans infection symptomatique: _____

contacts: nombre de contacts: _____

dépistage: nombre de patients/es soumis/es à un dépistage: _____ dont nombre positif: _____ négatif: _____ en attente: _____

premier cas détecté: date: ____/____/____ date d'hospitalisation: ____/____/____

dernier cas détecté au moment de la déclaration: date: ____/____/____

lien épidémiologique entre les cas: cumul avec un rapport temporel/local détection par dépistage des contacts

détection dans le même service par dépistage systématique détection par dépistage de patients/es ayant la même exposition présumée

pas encore connu autres: _____

hôpital concerné par la flambée: _____

services concernés par la flambée/les cas: _____

Lieu d'exposition du premier cas détecté

hôpital: nom de l'institution: _____ pays: _____ canton: _____

établissement médico-social: nom de l'institution: _____ canton: _____

inconnu autres: _____

Mesures mises en œuvre et prévues à l'hôpital

mesures pour les cas identifiés: isolement de tous les cas

prise de contact avec l'établissement d'envoi prise de contact avec l'établissement destinataire à la sortie

mesures pour les contacts: une définition des contacts est disponible, à savoir: _____

isolement de tous les contacts dépistage de tous les contacts prise de contact avec l'établissement destinataire à la sortie

autres dépistages: dépistages transversaux répétés: services: _____ intervalle: _____

dépistage de tous les patients/es répondant à un certain critère, critère: _____

dépistage des échantillons environnementaux, appareils

autres mesures: _____

remarques: _____

Coordonnées du service déclarant (nom, adresse, tél., e-mail)

date: ____/____/____ signature: _____

Médecin cantonal

mesures: aucune information aux autres hôpitaux du canton

autres: _____

date: ____/____/____ signature: _____

^a Informations sur la déclaration des maladies infectieuses: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>