



# Résultat exceptionnel d'analyses épidémiologiques en milieu hospitalier

Déclaration dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

## Agent pathogène

agent pathogène identifié:  Candida auris  autre: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

## Patient/e concerné/e

hospitalisation: date d'admission: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hôpital: \_\_\_\_\_

service/s: \_\_\_\_\_

lieu de séjour actuel:  stationnaire  transféré le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à: \_\_\_\_\_

retour à domicile le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  décédé/e

premiers échantillons positifs: date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ type d'échantillon:  sang  selles  urine  plaies  liquide céphalo-rachidien

frottis de peau/muqueuse intacte  abcès  autres: \_\_\_\_\_

raison du prélèvement:  dépistage  indication clinique: \_\_\_\_\_

autres: \_\_\_\_\_

## Lieu d'exposition

hôpital: nom de l'institution: \_\_\_\_\_ pays: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

établissement médico-social: nom de l'institution: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

inconnu  autre: \_\_\_\_\_

## Autres patients/es

nombre de cas avec infection symptomatique: \_\_\_\_\_ nombre de porteurs/porteuses sans infection symptomatique: \_\_\_\_\_ nombre de contacts: \_\_\_\_\_

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

## 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  pas de dépistage effectué, motif: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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