



## Flambée d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

(≥ 3 cas VRE ayant un lien épidémiologique détectés dans le même service/établissement)

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### Caractéristiques épidémiologiques de la flambée au moment de la déclaration

Nombre de patients concernés: \_\_\_\_\_  
Nombre total de cas ERV identifiés (porteurs et cas cliniques): \_\_\_\_\_  
Nombre de cas ERV avec infection clinique: \_\_\_\_\_  
Nombre total de patients qui ont fait l'objet d'un dépistage: \_\_\_\_\_  
Premier cas détecté: \_\_\_\_\_ date du premier prélèvement positif: \_\_\_\_\_ date d'hospitalisation: \_\_\_\_\_  
Dernier cas détecté: \_\_\_\_\_ date du premier prélèvement positif: \_\_\_\_\_

Lien épidémiologique entre les cas: ☐ Détection lors du dépistage des patients contacts avec un cas ERV  
☐ Détection dans la même unité lors de dépistages systématiques  
☐ Autre: \_\_\_\_\_

Lieux concernés par la flambée: hôpital concerné: \_\_\_\_\_  
☐ une unité ☐ plusieurs unités d'un même service ☐ plusieurs services

Résultats de typage moléculaire: Gène de résistance: ☐ vanA ☐ vanB  
Résultats du typage génomique si connu: \_\_\_\_\_

### Lieu d'exposition supposé du premier cas détecté

☐ Transfert d'un autre hôpital: ☐ en Suisse nom de l'établissement: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_  
☐ à l'étranger pays: \_\_\_\_\_  
☐ Transfert d'un EMS: nom de l'établissement: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_  
☐ Centre de dialyse: ☐ en Suisse nom de l'établissement: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_  
☐ à l'étranger pays: \_\_\_\_\_  
☐ Autre: \_\_\_\_\_  
☐ Inconnu

### Mesures mises en œuvre à l'hôpital (selon recommandations nationales)<sup>b</sup>

Mesures additionnelles contact: ☐ tous les cas ERV ☐ tous les patients contacts ERV  
Dépistage: ☐ tous les patients contacts ERV ☐ tous les patients de la/des unité-s où les cas ERV ont été identifiés  
En cas de transfert: ☐ contact pris avec l'institution destinataire  
Commentaire: \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médecin cantonal

Mesures: ☐ aucune ☐ information aux autres hôpitaux du canton

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> disponibles sous <https://www.swissnoso.ch>