

Annexe 4- Questionnaire : « mesures préventives »

Anonymat

Nom de l'établissement : _____ Ville : _____

Code établissement : __ / __

Code établissement : __ / __

 Établissement conventionné OUI NON

Ce questionnaire est à remplir dès la fin d'un épisode impliquant la survenue d'au moins 1 cas d'IRAB ou de grippe et à retourner par mail : cpias.bfc@gmail.com.

Mesures préventives au moment de l'épisode

❖ Couverture vaccinale

	Professionnels	Résidents
Nb de personnes vaccinées		
Effectifs totaux		
Couverture vaccinale (%)		

❖ Prévention de la transmission croisée

	Oui, action continue sur l'année	Oui, action saisonnière : date de mise en place	NON
Auprès des professionnels		__ / __ / 1__	
Information/formation sur la grippe		__ / __ / 1__	
Promotion de la vaccination		__ / __ / 1__	
Mise à disposition de SHA		__ / __ / 1__	
Auprès des résidents		__ / __ / 1__	
Promotion de l'hygiène des mains		__ / __ / 1__	
Utilisation de mouchoirs UU		__ / __ / 1__	
Auprès des visiteurs		__ / __ / 1__	
Mise à disposition de masques		__ / __ / 1__	
Mise à disposition de SHA		__ / __ / 1__	
Limitation des visites		__ / __ / 1__	

Description de l'épisode

 Date de diagnostic du : 1^{er} cas : __ / __ / 201__ Dernier cas : __ / __ / 201__

 Signalement de l'épisode à l'ARS OUI, date __ / __ / 201__ NON

Diagnostic

certain (confirmation biologique d'au moins 1 cas) forte présomption clinique

	Professionnels	Résidents	Total
Nb de cas			

Réalisation d'examen diagnostique par : TROD PCR

Si utilisation d'un TROD marque du test utilisé : _____

N°	Date de réalisation	Résultat +/-/non interprétable	Virus identifié A/B/non précisé
1	__ / __ / 201__		
2	__ / __ / 201__		
3	__ / __ / 201__		
4	__ / __ / 201__		
5	__ / __ / 201__		

Oseltamivir

Instauration d'un traitement par Oseltamivir : OUI NON

✓ Si oui,

Traitement	Date 1 ^{ère} prescription	Nb de résidents traités	Nb de professionnels traités
Curatif	__ / __ / 201__		
Prophylactique	__ / __ / 201__		
Préemptif	__ / __ / 201__		

Nombre de nouveaux cas, traités ou non, depuis la mise en place du traitement : __

✓ Si non, motif de non-prescription : _____

Mesures barrières

Date de mise en place : __ / __ / 201__ Date de levée : __ / __ / 201__

	OUI	NON
Port de masque des professionnels		
Éviction des soins des professionnels malades, symptomatiques		
Sectorisation des repas		
Information des visiteurs		
Port de masque des visiteurs		
Limitation ou arrêt des visites		
Limitation ou arrêt des animations		

Morbi-mortalité

Nb de résidents :

- Ayant présenté un effet indésirable en lien avec oseltamivir (suspecté ou avéré) : ___
- Ayant dû être hospitalisés pour une complication de l'infection respiratoire : ___
- Dont le décès est attribuable à la grippe ou à ses complications : ___