

Formulaire de surveillance des écloisions respiratoires dans les établissements de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick



- Veuillez lire les définitions et les instructions à la page 2 avant de remplir le formulaire.
- Veuillez remplir le formulaire pour toute écloision respiratoire survenant dans votre établissement et soumettre le formulaire dûment rempli par télécopieur ou courriel à votre bureau régional de la Santé publique lorsqu'une écloision est déclarée ainsi qu'à la fin de l'écloision.
- Au début et à la fin de l'écloision, informez le bureau régional de la Santé publique dès que possible et dans les 24 heures.

À REMPLIR PAR LE BUREAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (BRSP):

Date de réception par le BRSP (jj/mm/aaaa) : _____ N° ID régional de l'écloision: _____ Zone de santé: _____

SECTION 1: Renseignements administratifs

<input type="checkbox"/> Foyers de soins OU <input type="checkbox"/> Établissement résidentiel adultes Nom de l'établissement : _____ Nom de l'étage/unité/pavillon: _____ Nom de la personne rédigeant le rapport: _____ Téléphone de la personne rédigeant le rapport: _____ ext: _____ Titre: _____	Nombre total	Résidents	Personnel
	Nombre total		
	Nombre de personnes vaccinées contre la grippe saisonnière		
	Nombre de personnes vaccinées avec le vaccin contre la COVID-19 saisonnière ¹		

SECTION 2: Détails de l'écloision

<input type="checkbox"/> Écloision déclarée OU <input type="checkbox"/> Écloision déclarée terminée Date d'apparition du premier cas du SG (jj/mm/aaaa): _____ Date de déclaration de l'écloision (jj/mm/aaaa): _____ Date de déclaration de fin d'écloision (jj/mm/aaaa): _____ Type d'écloision (cochez toutes les réponses qui s'appliquent): <input type="checkbox"/> COVID -19 OU <input type="checkbox"/> Grippe OU <input type="checkbox"/> VRS En cas d'écloision de grippe, précisez le type ou le sous-type (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> A(H3) <input type="checkbox"/> A (H1N1)pdm09 <input type="checkbox"/> A(non sous-typé) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Non disponible Antiviraux pour la prophylaxie recommandés par le médecin-hygiéniste: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de la recommandation (jj/mm/aaaa): _____	Nombre total	Résidents	Personnel
	# de personnes atteintes du SG		
	# de cas positifs de grippe		
	# de cas positifs de la COVID-19		
	# de personnes hospitalisées avec un résultat positif de grippe		
	# de personnes hospitalisées avec un résultat positif de la COVID-19		
	# de personnes décédées avec un résultat positif de grippe		
	# de personnes décédées avec un résultat positif de la COVID-19		

SECTION 3: Commentaires

¹ Le vaccin contre la COVID saisonnière est défini comme ayant reçu un vaccin contre la COVID à tout moment après le début de la saison respiratoire en cours (après le 1er septembre).

Formulaire de surveillance respiratoire dans les établissements de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick



Définitions et instructions pour remplir le Formulaire de surveillance respiratoire dans les établissements de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick

Définitions:

- **Syndrome grippal (SG)** : Signes aigus d'affection respiratoire accompagnés de fièvre et de toux et d'un ou plusieurs symptômes suivants : mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration pouvant être attribuables à la grippe. Chez les patients de 65 ans et plus, il est possible que la fièvre ne soit pas très importante.
- **Éclosion de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée**: deux cas positifs ou plus de la COVID parmi les résidents ou le personnel sur une période de dix jours.
- **Éclosion de grippe dans les établissements de soins de longue durée**: deux cas positifs ou plus de grippe parmi les résidents ou le personnel sur une période de sept jours.
- **Résident** : tout résident à long terme ou à court terme de l'établissement de soins de longue durée.
- **Employé** : tout membre du personnel à temps plein ou à temps partiel qui travaille dans l'établissement de soins de longue durée.
- **Cas positif de la COVID-19 ou de grippe** : Comprend les cas détectés par PCR, GeneXpert ou POCT.

Instructions:

Tout au long de l'année, l'établissement de soins de longue durée doit:

1. Remplir le *Formulaire de surveillance respiratoire dans les établissements de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick* pour toute éclosion respiratoire survenue dans votre établissement. Un formulaire doit être envoyé au début de l'éclosion ainsi qu'à la fin de l'éclosion.
2. Soumettre le formulaire « *Formulaire de surveillance respiratoire dans les établissements de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick* » dûment rempli par télécopieur ou par courriel à votre bureau régional de santé publique.
3. Aviser le bureau régional de santé publique dès que possible et dans les 24 heures lorsqu'une éclosion respiratoire est déclarée.
4. Fournir au bureau régional de la santé publique une liste linéaire des personnes atteintes de SG. Un modèle de liste linéaire se trouve à l'annexe J des « **Lignes directrices pour la prévention et la gestion de la grippe saisonnière dans les foyers de soins agréés au Nouveau-Brunswick** ».
5. Dans la section commentaires, veuillez fournir les renseignements supplémentaires sur le nombre d'individus par aile, du nombre d'individus par aile qui ont été immunisés avec le vaccin saisonnier ainsi que d'autres informations pertinentes.

Questions: Veuillez communiquer avec votre bureau régional de la Santé publique