

Fiche de signalement des cas de COVID-19 en EHPAD et EMS

Mise à jour : 28 mars 2020

CONSIGNES : Cette fiche a pour objet de signaler rapidement la survenue de personnes présentant un tableau clinique compatible avec une infection Covid-19 parmi les résidents et le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements médico-sociaux (EMS) afin de mettre en place rapidement des mesures de gestion. **Les informations sur le nombre de cas et de décès doivent être actualisées quotidiennement dans le volet « quotidien ».** La partie « bilan final » sera complétée secondairement à la fin de l'épisode.

Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec de signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le Covid-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPAD.

Cas confirmé COVID-19 : Toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPAD.

Critères de signalement : signaler dès le premier cas COVID-19 possible ou confirmé

SIGNALEMENT

Date du signalement : ____/____/____

Personne référente COVID-19: Nom :..... Fonction :.....

Tél : Fax : Mail :

CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement*

Commune* : _____ Département* _____ Code postal : /... /... /... /... /... /

N° FINESS de l'établissement (FINESS géographique) : _____

Etablissement affilié à un établissement de santé : Oui Non

Si oui, nom de l'établissement : _____

Si non, convention avec une Equipe Opérationnel d'Hygiène (EOH) ou une Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) :

Oui Non

Type d'établissement :

Hébergement pour personnes âgées :

Si oui : EHPAD Autre (EHPA, résidences autonomie, résidences seniors)

Hébergement pour personnes handicapée :

Si oui : MAS FAM IME Autre établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels) Autre établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

Aide social à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS) :

Nombre de résidents présents lors du signalement : _____	Nombre de personnes membres du personnel : _____
--	--

VOLET SITUATION LORS DU SIGNALEMENT

	Résidents	Membres du personnel
Nombre de cas confirmés de COVID-19		
Nombre de cas possibles de COVID-19		
Dont nombre de cas possibles / confirmés hospitalisés		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés dans l'établissement		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés à l'hôpital		

Date du début des signes du premier cas : ___ / ___ / ___

MESURES DE CONTRÔLE

Mesures prises dans l'établissement	Oui	Non
Mise en place d'une cellule de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précautions «standard»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précautions de type « gouttelettes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précautions de type « contact »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précautions de type «air» pour le personnel pour les actes invasifs ou à risque (prélèvements rhyno-pharyngés...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspension des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bionettoyage adapté au COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement de Protection Individuelle (EPI) en quantité suffisante pour la semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information des familles et du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres mesures (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**champs obligatoires*

Recherches étiologiques déjà entreprises ou en cours : Oui Non

Si oui, précisez lesquelles :

SARS-CoV-2 Oui Non

Si oui, nombre de tests réalisés : _____

Grippe Oui Non

Si oui, nombre de positifs : _____

Type de tests pour d'autres virus respiratoires Oui Non

Si oui, résultats :

Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Besoin d'un soutien extérieur	Oui	Non
Difficultés RH :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, absentéisme critique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besoin en recrutements et nombre/catégories professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés locaux organisations : unité COVID impossible à créer, activité interrompue, autres (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés matériels : masques chirurgicaux, masques FFP2, solutions hydro-alcoolique, autres EPI,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés de trésorerie : état de votre trésorerie en nombre de jours de dépenses de fonctionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

Merci de compléter quotidiennement le volet quotidien

**champs obligatoires*

VOLET QUOTIDIEN : A actualisez quotidiennement

Date : ____/____/____

Nom de l'établissement *

Commune* : _____ Département* : _____

N° FINESS de l'établissement (FINESS géographique) : _____

Tél : _____

	Résidents	Membres du personnel
Nombre de cas confirmés de COVID-19		
Nombre de cas possibles de COVID-19		
Dont nombre de cas possibles / confirmés hospitalisés		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés dans l'établissement		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés à l'hôpital		

Commentaires :

VOLET BILAN FINAL : A compléter à la clôture de l'épisode

Nom de l'établissement *

Commune* : _____ Département* : _____

N° FINESS de l'établissement (FINESS géographique) : _____

Date du bilan ____/____/____

Date de début des signes du dernier cas : ____/____/____

Bilan définitif des cas	Résidents	Membres du personnel
Nombre de cas confirmés de COVID-19		
Nombre de cas possibles de COVID-19		
Dont nombre de cas possibles / confirmés hospitalisés		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés dans l'établissement		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés à l'hôpital		

Nombre de tests SARS-Cov-2 réalisés : ____

**champs obligatoires*