

## 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) :

<b>Nombre de résidents présents lors du signalement :</b>  _____	<b>Nombre de personnes membres du personnel :</b>  _____
--	--

**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 :

<b>Besoin d'un soutien extérieur</b>	Oui	Non
<b>Difficultés RH :</b>	<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"/>
<b>Difficultés locaux organisations :</b> unité COVID impossible à créer, activité interrompue, autres (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Difficultés matériels :</b> masques chirurgicaux, masques FFP2, solutions hydro-alcoolique, autres EPI,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Difficultés de trésorerie :</b> 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*