

**Fiche de signalement  
d'un foyer de cas de COVID 19  
en établissement médico-social (EMS)**

Cette fiche (feuillet 1 et 2) est à **retourner sans délai** à l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté **dès qu'au moins un cas suspect ou confirmé de COVID 19 est identifié dans l'établissement**, même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations demandées.

**par mail : [ars-bfc-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars-bfc-alerte@ars.sante.fr) ou par fax : 03.81.65.58.65**

Merci de joindre également une **courbe épidémique**.

La **partie « bilan final à la clôture de l'épisode »** (feuillet 3)  
sera complétée et **retournée selon les mêmes modalités dès la fin de l'épisode**.

**Critères de signalement** : survenue d'au moins un cas suspect ou confirmé de COVID 19 parmi les résidents ou personnels de la structure

Définition cas confirmé de COVID 19 : Toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2.

Définition cas suspect de COVID 19 : Personne présentant des signes cliniques évocateurs d'une infection à SARS CoV2 après évaluation par un médecin (consultation présenteielle ou téléconsultation) mais non confirmé biologiquement.

**Signalement**

**Date du signalement** (jj/mm/aaaa) :

**Personne responsable du signalement** : Nom :  Fonction :

Tél :  E-mail :  @

**Établissement**

**Nom de l'établissement** :

Adresse :

Code postal :  Commune :

**Nom et n° de téléphone** : directeur :   
médecin coordonnateur :   
personne référente en hygiène au sein de l'établissement :   
réfèrent COVID-19 de l'établissement :

**Type d'établissement** : ☐ EHPAD ☐ MAS ☐ FAM  
☐ IEM et autres établissements et services pour enfants ou adolescents polyhandicapés  
☐ Autre, précisez :

**Nombre de secteurs/unités dans l'établissement** :

**Nombre de résidents** :

**Nombre de personnels salariés** :

**L'établissement est adossé à un établissement de santé** ☐ OUI ☐ NON

**Nom de l'établissement** :

**Nom intervenant EOH** :

**Bénéficiez-vous de l'expertise d'une IDE Hygiéniste de Territoire (IDEHT), via convention signée ?**

☐ OUI ☐ NON **Nom de l'IDEHT** :

**Date d'intervention** :

**Avez-vous contacté le CPias ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez le nom de la ou des personne(s) contactée(s) :

## Épisode COVID 19

### Date du début des signes

du premier cas (résident ou personnel) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

du dernier cas (résident ou personnel) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bilan des cas	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de cas malades suspect de COVID 19		
Nombre de cas malades confirmés de COVID 19 (test positif)		
Nombre de malades décédés		
Nombre de malades hospitalisés		

Mesures de contrôle prises dans l'établissement	OUI	Date mise en place
Formation des personnels pour gestion des cas confirmés et sujets contacts	<input type="checkbox"/>	
Maintien du résident en chambre individuelle ou regroupement de résidents	<input type="checkbox"/>	
Renforcement des précautions standard dont l'hygiène des mains	<input type="checkbox"/>	
Mise en place des précautions « gouttelettes »	<input type="checkbox"/>	
Limitation des déplacements des résidents malades, port de masque s'ils déambulent	<input type="checkbox"/>	
Suspension des animations et regroupements	<input type="checkbox"/>	
Informations des visiteurs et intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	
Autres mesures, (suspension des admissions,...) précisez :	<input type="checkbox"/>	

**Commentaires :** \_\_\_\_\_

### Recherche étiologique de COVID 19 systématique :

Date du 1<sup>er</sup> test : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LBM préleveur : \_\_\_\_\_

Initiale du nom et prénom personne prélevée : \_\_\_\_\_

Date du 2<sup>ème</sup> test : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LBM préleveur : \_\_\_\_\_

Initiale du nom et prénom personne prélevée : \_\_\_\_\_

**Nombre de tests + :** \_\_\_\_\_

### **Si résultats tous négatifs, autre étiologie recherchée :**

- ☐ Grippe sans autre précision      ☐ Grippe B  
☐ Grippe A (précisez le sous-type) : \_\_\_\_\_  
☐ Pneumocoque      ☐ Coqueluche      ☐ Légionellose  
☐ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Le médecin coordonnateur de l'établissement est-il en capacité d'assurer seul la prise en charge des cas non graves au sein de la structure ?**    ☐ OUI      ☐ NON

**A défaut, avez-vous conclu avec un des médecins traitants intervenant auprès de certains résidents une coopération renforcée pour prendre en charge ces patients ?**    ☐ OUI      ☐ NON

**Estimez-vous avoir besoin d'aide pour gérer l'épisode au sein de votre établissement ?**    ☐ OUI    ☐ NON  
**Si oui, précisez :**

Bilan final à la clôture de l'épisode de cas groupés de COVID 19 fait le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ce feuillet est à compléter **14 jours après** la date de guérison (ou de décès) du dernier cas et à retourner  
à l'ARS de Bourgogne Franche-Comté  
par mail : [ars-bfc-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars-bfc-alerte@ars.sante.fr) ou par fax : 03.81.65.58.65

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Date du premier cas : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date du dernier cas : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bilan définitif des cas	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de cas malades confirmés de COVID 19 (test +)		
Nombre de cas malades suspects de COVID 19		
Nombre de malades décédés		
Nombre de malades hospitalisés		

Durée moyenne de la maladie chez les cas : \_\_\_\_\_ jours

Résultats des recherches étiologiques (précisez lesquelles : COVID 19, TROD grippe, antigénurie pneumocoque et légionelle...) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problèmes rencontrés par la structure : ☐ Matériel ☐ Personnel  
☐ Financier ☐ Organisationnel  
☐ Autre - Précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez : ☐ CPias BFC  
☐ Réseau IDEHT-EMHT  
☐ ARS BFC  
☐ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci de joindre également la courbe épidémique finale