**FICHE NAVETTE**

**CAS GROUPÉS DE COVID EN COLLECTIVITÉS**

**DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL[[1]](#footnote-1)**

(à envoyer à [ars75-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars75-alerte@ars.sante.fr))

**SIGNALEMENT DATE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Date du signalement Etablissement**Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

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

Tél :    /    /    /    /    ou    /    /    /    /    ou email :

**Coordonnées de l’établissement** :

Nom de l’établissement :

Adresse :

Commune : Code Postal :

Etablissement affilié à un établissement de santé : Oui  Non

N° FINESS géographique (raison sociale) :

Identité et coordonnées du référent Covid :

**Type d’établissement :**

EHPAD

*Unité de vie protégée (UVP) au sein de l’établissement*

Etablissements et services d’hébergement pour handicapés , préciser : ………………………………….

Autres , préciser : ………………………………….

Le trio directeur / Médecin coordonnateur / IDEC est-il présent ? Oui  Non

L’EHPAD est-il en lien avec la filière gériatrique de rattachement ? Oui  Non

**SITUATION LORS DE L’EPISODE DE SIGNALEMENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date du cas index : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_** | **Résidents** | **PS** | **Total** |
| Nombre de personnes au sein de la structure |  |  |  |
| Nombre de personnes vaccinées avec un schéma complet2 |  |  |  |
| Nombre total de personnes testées positives (symptomatiques ou non symptomatiques) |  |  |  |
| 🡪Dont positives et symptomatiques (non décédées) |  |  |  |
| 🡪Dont positives décédées |  |  |  |
| Nombre de personnes testées positives symptomatiques, décédées ou non, avec un schéma vaccinal complet2 |  |  |  |

**Courbe épidémiologique**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jour |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nb  Cas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nb cas  sympto |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Remplissage : notez la date du jour ligne 1, notez le nombre de nouveaux cas du jour ligne 2, notez les nouveaux cas symptomatiques ligne 3

**Détail des personnes positives vaccinées**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pour les résidents positifs symptomatiques, décédés ou non, avec un schéma vaccinal complet2** | | | |
| Age | IMC | Principaux antécedents | Signes cliniques pouvant être en lien avec Covid |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Variant**

Variant connu : Oui  Non  Si oui, lequel :

**MESURES DE CONTRÔLES**

Date de dépistage des professionnels : n°1 \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Date de dépistage des résidents : n°1 \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

n°2 \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ n°2 \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

n°3 \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ n°3 \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Mesures de gestion prises :

* Rappel mesures barrières (personnels/résidents/usagers/visiteurs) Oui  Non
* Mise en place de la marche en avant Oui  Non
* Mise en place d’un secteur Covid / secteur contact / secteur indemne Oui  Non
* Maintien des cas confirmés en chambre avec précautions gouttelette et contact Oui  Non
* Maintien des contacts à risque en chambre Oui  Non
* Renforcement bionettoyage Oui  Non
* Limitation des visites Oui  Non
* Limitation des sorties Oui  Non
* Arrêt des activités collectives y compris les repas Oui  Non
* Information de l’IMH Oui  Non
* Appuis du CPias Oui  Non
* Besoin d’un renfort RH Oui  Non
* Informations des visiteurs et intervenants extérieurs Oui  Non
* Contrôle des pass sanitaires Oui  Non
* Autres mesures Oui  Non

Précisez : ………………………………

Avez-vous besoin’un appui? Oui  Non  Motifs : ………………………………

**VOLET ARS**

**Date de réception ARS :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.Nom du gestionnaire :

|  |
| --- |
|  |

**Qu’est-ce qu’un schéma vaccinal complet ?** <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F35611>

S'agissant du vaccin *COVID-19 Vaccine Janssen*, le schéma initial est complet 28 jours après l'administration d'une dose.

S'agissant des autres vaccins, le schéma initial est complet 7 jours après l'administration d'une 2e dose. Une infection à la Covid-19 équivaut à l'administration de l'une de ces 2 premières doses.

Pour que le schéma demeure complet, **un rappel peut être nécessaire.**

* Rappel 1 : 3 mois après la primo-vacciantion ou après infection covid-19
* Rappel 2 : pour toutes les PA>80 ans et/ou résidant en EHPAD/USLD sans critère d’âge : à 3 mois après Rappel1. (pour les 60-79 ans en population générale : 6 mois après Rappel1)

Immunodéprimés :

* Primovaccination : 3ème dose 4 semaines après la seconde dose
* Rappel1 : 3 mois après la primo vaccination
* Rappel2 : 3 mois après Rappel 1

1. Cette fiche navette ne supplée pas la déclaration Voozanoo qui reste obligatoire

   2 Cf page 2 [↑](#footnote-ref-1)