



## Flambée d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

(≥ 3 cas VRE ayant un lien épidémiologique détectés dans le même service/établissement)

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### Caractéristiques épidémiologiques de la flambée au moment de la déclaration

Nombre de patients concernés: \_\_\_\_\_  
 Nombre total de cas ERV identifiés (porteurs et cas cliniques): \_\_\_\_\_  
 Nombre de cas ERV avec infection clinique: \_\_\_\_\_  
 Nombre total de patients qui ont fait l'objet d'un dépistage: \_\_\_\_\_  
 Premier cas détecté: date du premier prélèvement positif: \_\_\_\_\_ date d'hospitalisation: \_\_\_\_\_  
 Dernier cas détecté: date du premier prélèvement positif: \_\_\_\_\_

Lien épidémiologique entre les cas:  Détection lors du dépistage des patients contacts avec un cas ERV  
 Détection dans la même unité lors de dépistages systématiques  
 Autre: \_\_\_\_\_

Secteurs concernés par la flambée:  une unité  plusieurs unités d'un même service  plusieurs services

Résultats de typage moléculaire: Gène de résistance:  vanA  vanB  
 Résultats du typage génomique si connu: \_\_\_\_\_

### Lieu d'exposition supposé du premier cas détecté

Transfert d'un autre hôpital:  en Suisse nom de l'établissement: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_  
 à l'étranger pays: \_\_\_\_\_  
 Transfert d'un EMS: nom de l'établissement: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_  
 Centre de dialyse:  en Suisse nom de l'établissement: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_  
 à l'étranger pays: \_\_\_\_\_  
 Autre: \_\_\_\_\_  
 Inconnu

### Mesures mises en œuvre à l'hôpital (selon recommandations nationales)<sup>b</sup>

Mesures additionnelles contact:  tous les cas ERV  tous les patients contacts ERV  
 Dépistage:  tous les patients contacts ERV  tous les patients de la/des unité-s où les cas ERV ont été identifiés  
 En cas de transfert:  contact pris avec l'institution destinataire

Commentaire: \_\_\_\_\_

### Coordonnées du service déclarant (nom, adresse, tél., fax, e-mail)

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

Médecin cantonal

Mesures:  aucune  information aux autres hôpitaux du canton

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> disponibles sous <https://www.swissnoso.ch>