**Questionnaire d’investigation d’épidémie COVID-19 en ESMS**

N°Voozanoo : Cliquez ici pour taper du texte. Date de la visite : Cliquez ici pour entrer une date.

Nom de l’établissement : Cliquez ici pour taper du texte.

Commune : Cliquez ici pour taper du texte. Code Postal : Cliquez ici pour taper du texte.

N° FINESS de l’établissement (FINESS géographique) : Cliquez ici pour taper du texte.

Hébergement pour personnes âgées :  EHPAD  Autre (EHPA, Résidence autonomie, Résidence seniors)

Hébergement pour personnes handicapées :  MAS  FAM  IME  Autre établissement pour enfants

Autre établissement pour adultes (foyer de vie, foyer d’hébergement)

Aide social à l’enfance (centre départemental de l’enfance, foyer de l’enfance, MECS)

Personne rencontrée : Cliquez ici pour taper du texte.

Personne en charge du questionnaire : Cliquez ici pour taper du texte.

**Evaluation de la situation épidémique**

Date de prélèvement du 1er cas de l’épisode épidémique investigué : Cliquez ici pour entrer une date.

Si Le 1er cas est un résident, GIR : Cliquez ici pour taper du texte.

Dément déambulant  Mobile dans l’établissement  Peu mobile

Hébergement en UVP

Chambre individuelle  Chambre collective

Hypothèse sur l’origine de la contamination :

Cliquez ici pour taper du texte.

Si Le 1er cas est un professionnel ;

Catégorie :

Médecin  IDE  AS  ASH  Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

Poste permanent  Intérimaire/remplaçant

Mode de travail :

Dédié à une unité  Partagé entre plusieurs unités  Entre plusieurs établissements

Hypothèse sur l’origine de la contamination :

Cliquez ici pour taper du texte.

Nombre de cas cumulés COVID de l’épisode investigué à la date de la visite : Nombre

Résidents : Nombre

Professionnels: Nombre

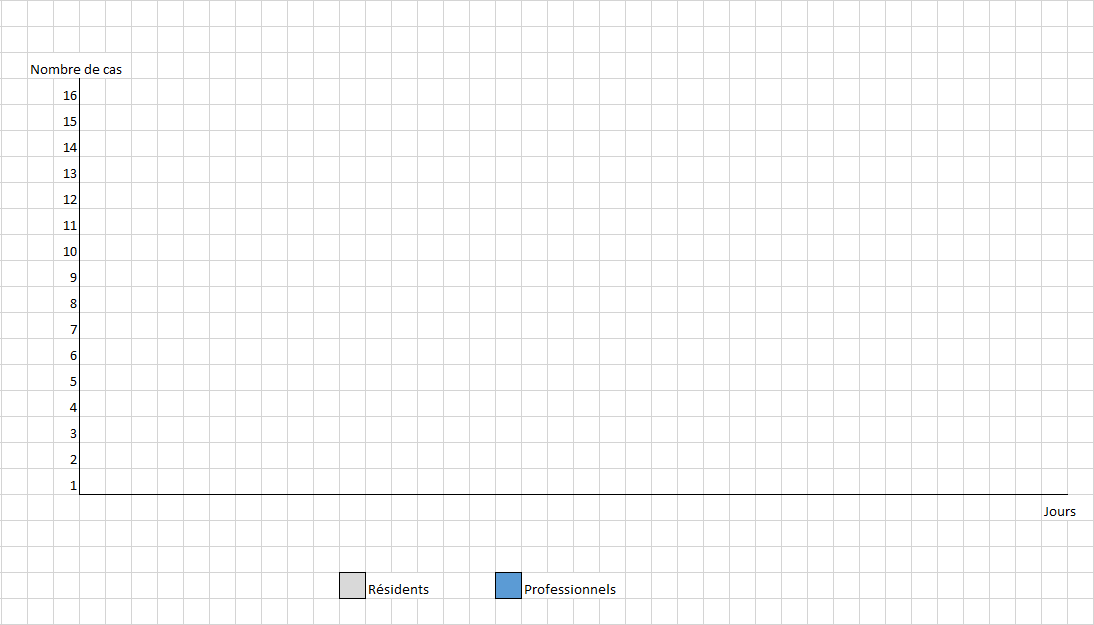
Nombre de cas COVID présents à la date de la visite : Nombre

Nombre d'hospitalisations cumulées liées à la COVID à la date de la visite : Nombre

Nombre de décès cumulés liés à la COVID à la date de la visite : Nombre

Courbe épidémique :

(Voir fichier Excel)



**Stratégie de dépistage**

Dépistage dès l’apparition d’un cas de COVID détecté, tous les résidents et tous les professionnels sont testés systématiquement par test RT-PCR.  Oui  Non

Date 1 : date Date 2 : date Date 3 : date

Si pas de dépistage extensif, quelle stratégie a été adoptée ? Cliquez ici pour taper du texte.

Un test positif chez un professionnel a conduit à une éviction de 7 jours après le test (reprise du travail au 8ème jour si disparition de la fièvre et amélioration de l’état respiratoire depuis au moins 48 heures) et respect

des mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants)  Oui  Non

Des actions de dépistage avec des tests antigéniques sont déployées pour tester les professionnels asymptomatiques exerçant au contact des personnes hébergées afin d’éviter la propagation du virus au sein de l’établissement  Oui  Non

Commentaires :

Cliquez ici pour taper du texte.

**Mesures de contrôle**

1. Isolement/cohorting :
2. Confinement en chambre :

De tous les résidents  Oui  Non Date : Date

Des résidents COVID uniquement  Oui  Non Date : Date

Des résidents de(s) étages touchés  Oui  Non Date : Date

1. Arrêt des activités communes :  Oui  Non Date : Date

Sinon : organisations en place : (ex : groupes limités à ……)

1. Sectorisation des résidents COVID-19 (Unité COVID) :  Oui  Non Date : Date

Si non : un regroupement à minima a été envisagé  Oui  Non

Si oui : un poste de soins dédié à l’unité a été créé  Oui  Non

1. Fermeture de portes (coupe-feu), unités isolées architecturalement, cloison amovible  Oui  Non
2. Du personnel est dédié aux résidents Covid-19 suspects ou confirmés ?  Oui  Non
3. Une marche en avant est organisée des résidents non-COVID vers les résidents COVID suspects ou confirmés ?  Oui  Non
4. Des mesures ont été envisagées pour limiter les contacts des résidents déments/déambulants hors de leur unité (fermeture de portes entre secteurs, portes de certaines pièces, contention avec réflexion médicale individuelle…) :  Oui  Non
5. Les nouvelles admissions de résidents sont reportées à l’exception des situations d’urgence (sortie d’hospitalisation ou maintien à domicile critique)  Oui  Non

Commentaires :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. Equipements de protection individuelle :
2. Le personnel dispose de tenues à manches courtes  Oui  Non
3. Les soignants changent de tenue quotidiennement  Oui  Non

Les différents EPI (Equipements de Protection Individuelle) sont-t-ils utilisés tels que recommandés par le RéPIAS ? (Voir tableau ci-dessous)

1. Tablier plastique   Oui  Non

Si non, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Surblouse  Oui  Non

Si non, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Masque FFP2  Oui  Non

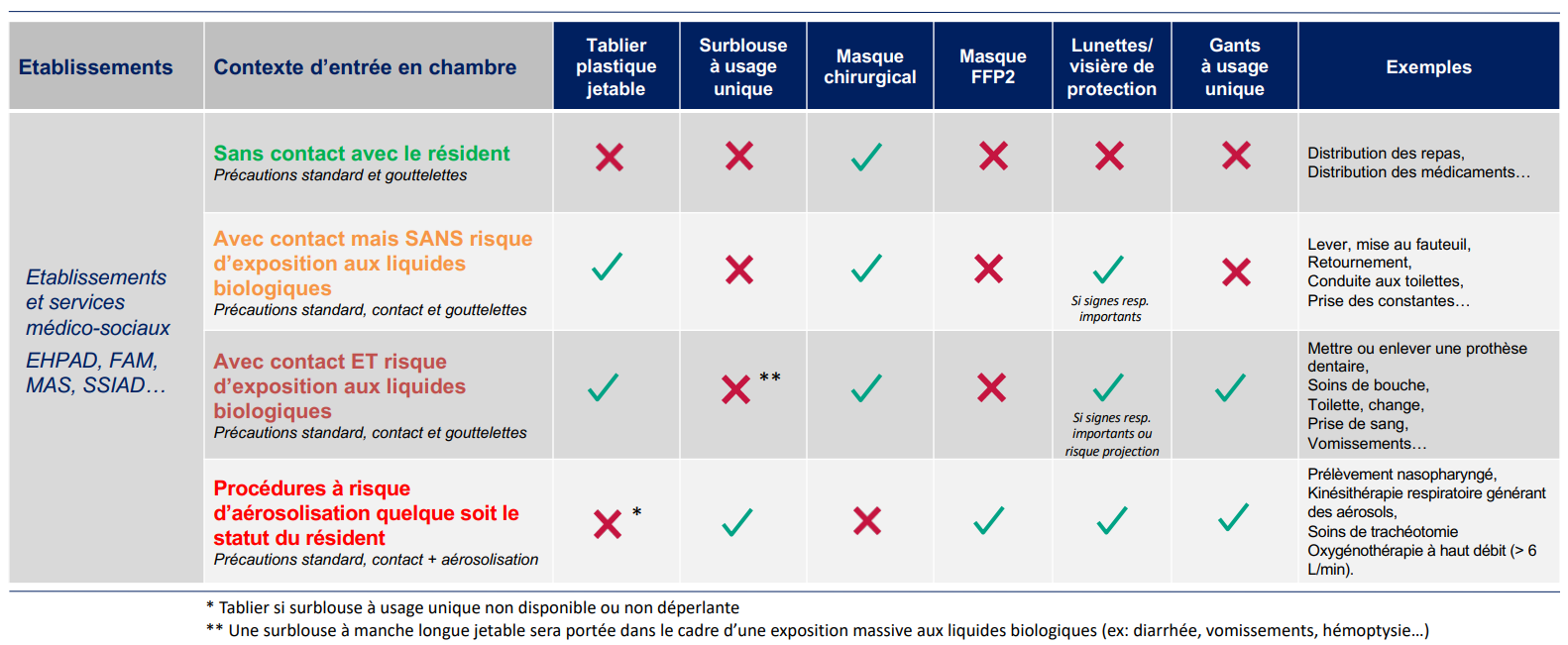
Si non, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Lunettes de protection/Visière  Oui  Non

Si non, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Gants  Oui  Non

Si non, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.



1. Le masque à usage médical est-t-il porté correctement par le personnel (pas de port sous le menton, sous le nez…)  Oui  Non

Si non, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Port de masque par les résidents (type, rythme de changement) :  Oui  Non Date : Date

Critères à compléter de façon optionnelle :

1. Les tabliers en plastique à usage unique sont changés après tout soin mouillant et changés entre deux résidents ?  Oui  Non
2. Les surblouses imperméables à usage unique sont disponibles et portées uniquement si acte à risque d’aérosolisation en cas de prise en charge de résidents COVID suspects ou avérés :  Oui  Non
3. Hygiène des mains :
4. Les PHA sont-ils de bonne qualité ? (% d’alcool, émollient, parfum…)  Oui  Non
5. Le PHA est mis à disposition à l’entrée dans l’établissement  Oui  Non
6. Le PHA est mis à disposition du personnel au plus près du soin  Oui  Non
7. Le PHA est mis à disposition en salle d’activité et en salle de restauration  Oui  Non

Commentaires : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Vestiaires :
2. Un vestiaire est mis à disposition du personnel  Oui  Non
3. Le vestiaire est équipé de casiers pour les tenues civiles  Oui  Non
4. Les tenues professionnelles sont stockées dans un endroit dédié  Oui  Non
5. Des PHA sont disponibles à l’entrée du vestiaire  Oui  Non
6. La distanciation (nombre limité d’agents) et le port de masque sont respectés dans le vestiaire :

Oui  Non

1. Une aération des vestiaires est possible et réalisée  Oui  Non

Commentaires : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Pauses :
2. Prise de pauses et/ou repas en commun pour les personnels :  Oui  Non
3. Une conduite à tenir est formalisée  Oui  Non
4. Une limitation du nombre de personnes en salle de pause est établie en fonction de la taille de la pièce (ex : 4 m²) :  Oui  Non
5. Une distanciation physique (> 1 mètre) est demandée, y compris dehors lors des pauses cigarettes :  Oui  Non
6. Les locaux de pause et des créneaux horaires sont aménagés  Oui  Non
7. Une aération de la pièce en fin de pause est réalisée  Oui  Non
8. Une friction avec SHA ou un lavage des mains sont réalisés avant et après chaque pause :

Oui  Non

1. Les salles de pause font l’objet d’une désinfection après chaque repas  Oui  Non
2. Des PHA sont disponibles en salle de pause  Oui  Non

Commentaires : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Visites :
2. Arrêt total des visites des proches :  Oui  Non Date : Date
3. Les visites des proches dans les chambres sont suspendues :  Oui  Non
4. Les sorties dans les familles et pour les activités extérieures sont suspendues temporairement :  Oui  Non
5. Procédure pour les visites en dehors du cadre épidémique :
6. Visites sur rendez-vous :  Oui  Non
7. Organisées prioritairement dans un espace séparé :  Oui  Non
8. Une zone d'accueil est aménagée (gel hydro-alcoolique, masque) :  Oui  Non
9. Limitation du nombre de visiteurs à 2 à la fois :  Oui  Non
10. Port de masque chirurgical par les résidents durant toute la visite :  Oui  Non
11. Port d’un masque par les visiteurs durant toute la visite :  Oui  Non
12. Distanciation physique matérialisée (table, barrière, plexiglas…) :  Oui  Non
13. Accueil des visiteurs par un professionnel en charge du bon positionnement du masque et de la vérification de l’hygiène des mains :  Oui  Non
14. Remise d’une charte expliquant le respect des conditions de visites :  Oui  Non
15. Contact physique résident/visiteur interdit :  Oui  Non

1. Repas en salle de restauration
2. Arrêt des repas en salle commune :  Oui  Non Date : Date
3. Le respect des distanciations est possible :  Oui  Non
4. Mode de traitement d’air :

Ventilation naturelle  Ventilation mécanique  Centrale de traitement d’air

Aération plusieurs fois par jour par ouverture des fenêtres  Chauffage par air pulsé

Chauffage autre : Cliquez ici pour taper du texte.

Si climatisation réversible :

Une maintenance a été réalisé  Est mise à l’arrêt en présence des résidents  Est utilisée à faible vitesse

Commentaires : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Espaces communs :
2. L’espace réservé à l’accueil dans l’établissement fait l’objet d’une procédure d'entretien régulière  Oui  Non
3. L’utilisation des ascenseurs est soumise à l’application des mesures barrières et à un nombre limité de personnes pour respecter la distanciation physique  Oui  Non
4. Le personnel respecte également le port du masque et les gestes barrières lors du covoiturage s’il est pratiqué :  Oui  Non
5. Les transports de résidents lors de transferts respectent les gestes barrières (ex : masque, distance)

Oui  Non

1. Sont organisés par groupes correspondant aux foyers de vie  Oui  Non

Commentaires : Cliquez ici pour taper du texte.

1. Entretien/Désinfection :
2. Une aération des chambres est faite régulièrement  Oui  Non
3. Produits utilisés répondant à la norme de virucide (norme NF 14476) :  Oui  Non
4. L’entretien des chambres et sanitaires communs et individuels est réalisé quotidiennement ?

Oui  Non

1. L’entretien des surfaces à risque fréquemment touchés (interrupteurs, rampes, poignées de porte, téléphones, claviers…) est renforcé en plus de l’entretien quotidien ?  Oui  Non

Critères optionnels à vérifier :

1. Bionettoyage :
2. Chariot de ménage (propre, organisé et approvisionné suffisamment) :  Oui  Non
3. Balayage humide réalisé systématiquement  Oui  Non
4. Le contenu des flacons de DD est renouvelé tous les jours ou selon fabricant?  Oui  Non
5. Les dispositifs médicaux (stéthoscopes, tensiomètres, saturomètres, thermomètres) sont entretenus (lingette détergente désinfectante) entre chaque résident :  Oui  Non
6. Port de tablier lors du bionettoyage  Oui  Non
7. Utilisation pour les surfaces hautes des chiffonnettes à usage unique.  Oui  Non
8. Utilisation pour les sols, d’un bandeau de lavage (si possible à usage unique) en appliquant la technique de nettoyage et désinfection des sols.  Oui  Non
9. Si utilisation de chiffonnettes ou bandeaux de lavage réutilisables, passage en lingerie à minimum 60°C pendant 30 minutes.  Oui  Non
10. Linge et déchets :
11. Lavage du linge à 60°C pendant 30 minutes  Oui  Non
12. L’établissement dispose d’une filière DASRI  Oui  Non
13. Gestion des Excreta :
14. Utilisation habituelle du tablier pour ce type de prise en charge  Oui  Non
15. Présence d’un Lave Bassin  Oui  Non

**Architecture/Organisation de la structure**

Nombre de places d’hébergement : Cliquez ici pour taper du texte.

Nombre de résidents présents le jour de la visite : Cliquez ici pour taper du texte.

Architecture

Etablissement d’architecture pavillonnaire :  Oui  Non

Nombre de bâtiments : Nombre

Nombre d’unités : Nombre Nombre de places par unité : Nombre

Combien de chambres seules : Nombre Combien de chambres doubles : Nombre

Présence d’une unité de vie protégée dans l’établissement (UVP)  Oui  Non

Capacité d’accueil de l’unité protégée : Nombre

Présence de résidents déments/déambulants hors unité protégée :  Oui  Non

Nombre de résidents avec trouble du comportement ou déments/déambulants, hors UVP : Nombre

**Ressources humaines de la structure**

Présence d’une direction :  Oui  Non, quotité de temps : Nombre ETP

Présence d’un médecin coordonnateur :  Oui  Non, quotité de temps : Nombre ETP

Présence d’une IDEC :  Oui  Non, quotité de temps : Nombre ETP

Des personnels sont-ils en arrêt maladie :  Oui  Non

Si oui :  IDE  AS  ASH  Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

Rencontrez-vous ou avez-vous rencontré des difficultés RH ?  Oui  Non

Avez-vous fait appel à des remplaçants dans la période épidémique ?  Oui  Non

Si oui :  IDE  AS  ASH  Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

Le personnel est-il :

En majorité, pour les AS : Faisant Fonction  Diplômé

En majorité, pour les ASH : Faisant Fonction  Diplômé

Formé à la prévention du risque infectieux en EHPAD  Oui  Non

Les équipes de nuit ont-elles été sensibilisées/formées  Oui  Non

Une cellule de crise COVID a-t-elle été mise en place ?  Oui  Non

Un référent COVID-19 a été désigné au sein de la structure  Oui  Non

La mise en œuvre des mesures à donner lieu systématiquement à une consultation du Conseil de Vie Sociale (CVS) :  Oui  Non

La communication à l’ensemble des résidents et leurs familles et aux professionnels extérieurs (par mail, et/ou téléphone et affichage) a été coordonné  Oui  Non

Commentaires : Cliquez ici pour taper du texte.

**Hypothèses sur les causes de l’évènement et plan d’action**

Cliquez ici pour taper du texte.