****

**MODELE DE FORMULAIRE GEA – VOLET 2**

\* Informations obligatoires

**Identification de la déclaration GEA Volet 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de référence du premier volet de déclaration\* |  |

**Information sur le déclarant**

|  |  |
| --- | --- |
| Catégorie du déclarant\* |  |
| Profession |  |
| Nom\* |  |
| Prénom |  |
| Téléphone\* |  |
| Courriel\* |  |
| Département de survenue\* |  |
| Nom de l’établissement ou de l'organisme\* |  |
| Finess géographique\* |  |

**Bilan final à la clôture de l'épisode**

|  |  |
| --- | --- |
| Date du bilan\* |  |
| Date du dernier cas |  |
|  |  |
| **Bilan définitif des cas** |  |
| **Résidents** | |
| Nombre de malades (cas) depuis le début de l’épisode\* |  |
| Nombre de personnes hospitalisées |  |
| Nombre de personnes décédées (à l’ES et dans l’EMS) |  |
|  |  |
| **Membres du personnel** | |
| Nombre de malades (cas) depuis le début de l’épisode\* |  |
| Nombre de personnes hospitalisées |  |
| Nombre de personnes décédées (à l’ES et dans l’EMS) |  |

**Étiologie**

|  |  |
| --- | --- |
| Résultats des recherches étiologiques complémentaires\* (oui/non) |  |
| Si oui, préciser |  |
|  |  |
| Avez-vous reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode (oui/non) |  |
| Si oui, de quelle catégorie ? | |  |  | | --- | --- | |  | ARS : Agence régionale de santé  CPIAS : Centre d’appui pour la prévention des IAS  EMH : Equipe Mobile d’hygiène  EOH : Equipe opérationnelle d’hygiène Réseau local d'hygiène  CIRE-SpF  Autre | |
| Si Autre, précisez |  |
|  |  |
| Commentaires sur la gestion de l'épisode |  |