

RECENSEMENT DES CAS DE GASTRO-ENTERITE AIGUËS (GEA) en établissements médico-sociaux (EMS)

Nom de l'établissement : _____ Numéro de téléphone : _____

No	Initiale Nom	Initiale Prénom	Résident (R) / Personnel (P)	No chambre / Unité de soins	Age (ans)	Sexe (H/F)	Symptômes et signes (cocher si présence)							Date et heure du début de la maladie (jj-mm-aa ; __h__)	Hospitalisation (H) / Décès (DC)	Date de fin de la maladie (jj-mm-aa)	Prélèvements (plvt) de selles			
							D	DA	N	V	F	C	A				Bactéries/parasites		Virus	
																	Date plvt (jj-mm)	Résultats (+ ou -)	Date plvt (jj-mm)	Résultats
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				

Abréviations : D=Diarrhée, DA=douleurs abdominales, N=Nausées, V= vomissements, F=fièvre≥38°C, C=céphalées, A=autres.

