**Formulaire de saisie des données – premier contact**

Cette check-list permet de faire un premier état des lieux et une première évaluation de la situation.

**État : août 2024**

|  |
| --- |
| **Note :** |
| **Date :** | **Heure :** |

## 1. Réception de la notification

|  |
| --- |
| **Nom et prénom de la personne qui notifie :** |
| **Adresse :** | **NPA, lieu :** |
| **Disponibilité / heure :** |
| **Tél. privé :** | **Tél. professionnel :** |
| **Tél. portable :** | **E-mail :** |

Facteur déclenchant supposé : que s’est-il passé ? Quand et où ?

Combien de personnes étaient impliquées ?

Combien d’entre elles sont tombées malades ?

À quand remontent les premiers cas de maladie ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Symptômes principaux | Vomissement | Diarrhée | Fièvre | Autres : ……………………………………….. |
| Nombre estimé de personnes |  |  |  |  |

Combien de temps la maladie a-t-elle duré ?

Combien de personnes sont encore malades ?

Des médecins ont-ils été consultés ? [ ]  Non [ ]  Oui

Y a-t-il eu des hospitalisations ? [ ] Non [ ]  Oui

Analyses des selles / vomissures ? [ ]  Non [ ]  Oui

Y a-t-il eu des résultats / diagnostics médicaux ? [ ] Non [ ]  Oui

Contact avec un médecin / hôpital :

Quelles denrées alimentaires ont été consommées ? Une liste détaillée peut-elle être dressée pour l’autorité de contrôle des denrées alimentaires ? Si l’interlocuteur ne peut fournir ces informations, à qui faut-il s’adresser ?

Des aliments en particulier sont-ils suspectés ? Lesquels ? Pourquoi ?

Y a-t-il suspicion de maladie suite à un contact avec de l’eau de douche ou de baignade ? Pourquoi ? Où ? Quand ?

→ Transmettre immédiatement la check-list à la personne responsable …………………………………….

## 2. 1re évaluation de la situation (par qui : date, initiales ......................................................)

Indices clairs désignant la denrée alimentaire ou l’eau de douche ou de baignade en cause ?

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, lesquels ?

Combien d’établissements sont impliqués ?

Existe-t-il encore un risque sanitaire aigu pour d’autres personnes ? (Pourquoi ?)

[ ]  Non

[ ]  Oui

|  |  |
| --- | --- |
| Autres mesures (qui ?) | [ ]  Aucune[ ]  Inspection[ ]  Questionnaire[ ]  Info VC[ ]  Info MC[ ]  Info OFSP[ ]  Mise en garde publique[ ]  Infos OSAV[ ]  Autres (voir plus bas) |

Quelles sont les autres informations à fournir ?