

CHECK LIST TUBERCULOSE
A remplir dès la suspicion du cas

EMS :

Check-list remplie le :

si diagnostic posé (résident et ou personnel), signaler à l'ARS (Déclaration Obligatoire) et CLAT

| LES MESURES | FAIT | COMMENTAIRES |
|---|------|--------------|
| Pour le résident symptomatique (dès la suspicion du cas) | | |
| Mise en place des précautions complémentaires Air | | |
| Maintien en chambre porte fermée | | |
| Arrêter les activités collectives jusqu'à l'admission dans une structure sanitaire | | |
| Aération de la chambre plusieurs fois par jour fenêtre ouverte et porte fermée | | |
| Limiter les déplacements au strict minimum et ne pas sortir de la chambre sans masque chirurgical | | |
| Maîtrise des visites et information des proches | | |
| Organisation du transfert vers une structure sanitaire | | |
| Recherche étiologique | | |
| | | |
| Stratégie thérapeutique | | |
| | | |
| Pour le personnel | | |
| Port du masque FFP2 avant d'entrer dans la chambre même en l'absence du résident | | |
| Maintenir la porte de la chambre fermée | | |
| Informations | | |
| Information direction, cadre de santé, IDEC | | |
| Information médecin coordonnateur et médecins traitants | | |
| Information de tout le personnel interne et des intervenants externes de la structure | | |
| Information EMH et/ou CPias | | |
| Surveillance | | |
| | | |