



Formulaire de déclaration d'éclosion de gastroentérite dans un service de garde éducatif à l'enfance ou un milieu scolaire

Révisé le 16 septembre 2026

Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Direction régionale de santé publique

Précisions

À compléter par les brigades-SP locales et infirmières scolaires à partir des informations recueillies auprès du milieu.
Il n'est pas obligatoire de compléter tous les champs si l'information n'est pas disponible.
Acheminer le formulaire à : sante.publique.montreal.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Déclarant

Nom : _____
Établissement Santé Québec : Choisir un élément
Courriel : _____
Téléphone : _____ - _____, poste ____
Date de la déclaration :

Identification du milieu

Type de milieu : Choisir un élément Si autre, préciser : _____
Nom : _____
Adresse : _____
Responsable : _____
Courriel : _____ Téléphone : _____ - _____, poste ____
Particularités du milieu (s'il y a lieu) : _____

Situation

Nombre d'élèves/enfants malades dans le milieu : ____
Nombre de travailleurs malades dans le milieu : ____
Nombre de classes/groupes touchés dans le milieu : ____
Nombre total d'élèves/enfants dans le milieu : ____
Nombre total de travailleurs dans le milieu : ____
Nombre total de classes/groupes dans le milieu : ____
Commentaires : _____

Symptômes

Vomissements	☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu	Nombre de cas : ____
Diarrhées	☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu	Nombre de cas : ____
Douleurs abdominales	☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu	Nombre de cas : ____
Sang dans les selles	☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu	Nombre de cas : ____
Fièvre	☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu	Nombre de cas : ____
Autre(s) : _____		

Début des symptômes :

- Premier cas : _____ Heure : ____
- Deuxième cas : _____ Heure : ____
- Dernier cas : _____ Heure : ____

Durée approximative des symptômes : ____ Choisir un élément

Consultation médicale ou hospitalisation

Une personne malade a-t-elle consulté un professionnel de la santé pour ses symptômes ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Une analyse de selles a-t-elle été demandée? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Une personne a-t-elle été hospitalisée en raison de ses symptômes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Une personne a-t-elle reçu un diagnostic suite à sa consultation? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

- Si oui, préciser lequel : _____

Commentaires : _____

Service alimentaire

Repas : Choisir un élément

Collations : Choisir un élément

Si des aliments sont préparés sur les lieux :

☐ manipulateur(s) d'aliments malade(s)

☐ manipulateur(s) d'aliments en contact avec les enfants

Si des aliments sont préparés à l'externe, préciser l'établissement alimentaire concerné :

Nom : _____

Adresse : _____

Responsable : _____ Téléphone : ____ - _____, poste ____

Commentaires : _____

Interventions

- ☐ Aucune intervention
- ☐ Suivi actif en cours
- ☐ Suivi terminé
- ☐ Tableau sommaire des cas rempli (lorsque jugé pertinent)
- ☐ Visite du milieu. Si oui, observations: _____

Recommandations au milieu :

- ☐ Renforcer la fréquence de l'hygiène des mains
- ☐ Assurer une technique de changement de couches selon le [protocole du MSSS](#)
- ☐ Rehausser le nettoyage / désinfection de l'environnement (ex.: jouets, surfaces, locaux, etc.)
- ☐ Appliquer les critères d'exclusion des personnes malades ([enfants](#) et [travailleurs](#))
- ☐ Envoyer une communication aux parents
- ☐ Orienter les parents vers Info-Santé (811) ou un professionnel de la santé au besoin
- ☐ Autres interventions: _____

Commentaires : _____

Autres observations ou commentaires

Avez-vous des questions ou d'autres informations à nous transmettre?

☐ Oui (vous aurez un retour d'appel) ☐ Non