

4.2 Uitbraak

- Was er binnen de organisatie sprake van een uitbraak van **ten minste 5 besmette personen**¹ (inclusief de werknemer) binnen de 14 dagen? Ja Nee
- Waren er **ten minste 4 besmette personen** in dezelfde werkruimte als de werknemer? Ja Nee
- Is er een **epidemiologisch verband** tussen de besmettingen? Ja Nee
- Bevorderden de **werkomstandigheden** de overdracht van het virus? Ja Nee

Geef uitleg:

.....

.....

.....

.....

Indien uw antwoord hierboven **4 x "Ja"** is, kan u ons een overzicht (zie verder) bezorgen met:

1. Hoeveel personen zijn besmet in het bedrijf?
2. Wanneer zijn deze personen besmet geraakt (datum van begin afwezigheid en/of PCR Test)?
3. Het profiel van deze personen? (klant / leverancier/ collega / ...)

Werden er **maatregelen** getroffen om de uitbraak te beëindigen? Ja Nee

Zo ja, welke? Wanneer werden deze genomen?

- | | | |
|--|-------|--|
| <input type="checkbox"/> Quarantaine | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dragen van mondkapjes | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ventilatie | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Deep cleaning | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere maatregelen: | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Ik, ondergetekende,, preventieadviseur-bedrijfsarts-, werkzaam bij de Interne dienst voor preventie en bescherming of de Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk:, (naam van de IDPBW of EDPBW) bevestig dat ik de hierboven vermelde gegevens oprecht en volledig heb ingevuld.

Plaats

Datum / / 20

Handtekening:

¹ Personen: niet enkel werknemers, maar iedereen die de werkruimte deelt: collega's, klanten, consultants, technici, leveranciers, patiënten,...

Hoeveel personen in het bedrijf raakten besmet tijdens de uitbraak?

Wanneer werden deze personen¹ besmet? (vul onderstaande tabel in met de datum van de PCR-test of de eerste dag van de TAO²)

Wat is hun profiel? (Klant, leverancier, collega,...)

	Datum PCR / 1e dag TAO	Profiel	Naam ³	Voornaam ³
1	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
2	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
3	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
4	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
5	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
6	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
7	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
8	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
9	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
10	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
11	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
12	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
13	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
14	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
15	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
16	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
17	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
18	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
19	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
20	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>

Plaats

Datum / / 20

Handtekening:

¹ Personen: niet enkel werknemers, maar iedereen die de werkruimte deelt: collega's, klanten, consultants, technici, leveranciers, patiënten,...

² Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

³ Gelieve de contactgegevens te vermelden van collega's om dubbel werk te voorkomen.