

ENQUETE MRSA EMS 2010-2012
QUESTIONNAIRE RESIDENTS
DEBUT ENQUETE
 A COMPLETER POUR CHAQUE RESIDENT

<p align="center">Date enquête :</p> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> <p>ID EMS : <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Nom EMS -----</p> <p>Med resp : -----</p> <p>Tél 0 -----</p>														<p>Nom, Prenom du Résident: -----</p> <p align="center">Date de naissance</p> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> <p align="right">Sexe</p> <p align="right"><input type="radio"/> M <input type="radio"/> F</p> <p>Date Admission <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Provenance</p> <p><input type="radio"/> Domicile <input type="radio"/> Hôp. soins aigus <input type="radio"/> Hôp. psychiatrique <input type="radio"/> CTR <input type="radio"/> Autres EMS</p> <p>Type de lits : <input type="radio"/> Court séjour <input type="radio"/> Long séjour <input type="radio"/> Apart. protégé</p> <p>Type de chambre : <input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> 2 lits <input type="radio"/> >2 lits</p>																							<p>Etiquette du résident avec code-barres</p>
<p>ENQUETE PRECEDENTE : <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p>																																					
<p>MRSA AVANT ENQUETE : <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p>																																					
<p>Si oui :</p> <p>date MRSA (mm/aaaa)</p> <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									<p><input type="radio"/> MRSA connu à l'entrée en EMS</p> <p><input type="radio"/> MRSA découvert après l'entrée en EMS (> 72 h après admission). <i>Si la présence de MRSA a été découverte après l'admission du résident, cette recherche a été effectuée :</i></p> <p><input type="radio"/> lors d'un séjour intermédiaire en soins aigus</p> <p><input type="radio"/> lors d'enquêtes précédente dans l'EMS</p> <p><input type="radio"/> lors d'un prélèvement clinique effectué dans l'EMS</p>																												
<p>SEJOURS dans d'autres établissements durant la dernière année <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> Inconnu</p>																																					
<p>Si oui :</p> <p><i>(plusieurs réponses sont possibles)</i></p> <p>Hôpital soins aigus :</p> <p><input type="radio"/> CHUV <input type="radio"/> Clinique <input type="radio"/> EHC (Morges) <input type="radio"/> GHOL (Nyon, Rolle) <input type="radio"/> HIB</p> <p><input type="radio"/> eHnv (Yverdon, La Vallée, St Loup) <input type="radio"/> Riviera (Montreux, Samaritain, Providence)</p> <p><input type="radio"/> Pays d'Enhaut <input type="radio"/> Chablais <input type="radio"/> CSSC (St Croix) <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Hors Canton</p> <p>Nombre de séjours en soins aigus (>72 heures) : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> >4</p> <p>CTR : <input type="radio"/> Sylvana <input type="radio"/> Miremont <input type="radio"/> Valmont-Genolier <input type="radio"/> Lavaux <input type="radio"/> eHnv (Chamblon, Orbe)</p> <p><input type="radio"/> Rive-Neuve <input type="radio"/> Riviera (Mottex) <input type="radio"/> EHC (Aubonne, Gilly) <input type="radio"/> GHOL (Rolle) <input type="radio"/> Autre</p> <p>EMS</p> <p>Hôp psychiatrique : <input type="radio"/> Département de psychiatrie- CHUV <input type="radio"/> Nant <input type="radio"/> Autre</p>																																					
<p>FACTEURS DE RISQUE <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> Inconnu</p>																																					
<p>Si oui :</p> <p>Diabète insulino-dépendant <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> inconnu</p> <p>Plaies/Ulcères <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> inconnu</p> <p>Si oui : Sites : <input type="radio"/> Membres inf. <input type="radio"/> Siège <input type="radio"/> Tronc <input type="radio"/> Membres sup. <input type="radio"/> Cou/Tête</p> <p>Type de plaie : <input type="radio"/> Opératoire <input type="radio"/> Non opératoire</p> <p>Si plaie non opératoire : - Escarre du décubitus <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui, stade : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p> <p>- Type de grattage <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui</p> <p>- Autre type de plaie <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui, préciser -----</p> <p>Sonde vésicale : <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> Cathéter central <input type="radio"/> P-A-C <input type="radio"/> PEG</p> <p>Autre dispositif médical percutané : <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui — Si oui : <input type="radio"/> Autre -----</p> <p>Traitement antibiotique : Le jour de l'enquête : <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui Dans les derniers 30 jours : <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui</p> <p>Echelle de Katz : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6</p>																																					
<p>ALLERGIES <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p>																																					
<p>Si oui : <input type="radio"/> Chlorhexidine <input type="radio"/> Iode <input type="radio"/> Bactrim (co-trimoxazole) <input type="radio"/> Pénicilline <input type="radio"/> Autre</p>																																					
<p>Pour le remplissage du formulaire utilisez un stylo de couleur noire voir bleue.</p> <p>En traitillé ce sont les champs multi réponses. Remplissage des cercles, noircir le cercle <input checked="" type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/> Juste</p>																																					

Remplissage des cases, le caractère ne doit pas toucher les bords de la case :

2

 Faux

2

 Juste