

## QUESTIONNAIRE 2008

### COMPLETER UN 1 SEUL QUESTIONNAIRE PAR PATIENT

#### 1. IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

N° établissement \_\_\_\_\_

Nom du Centre : \_\_\_\_\_

#### 2. IDENTIFICATION DU PATIENT (initiales)

N° du patient \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

#### 3. SITE CLINIQUE AVEC PRELEVEMENT MICROBIOLOGIQUE POS

- urinaire       cathéter       site opératoire       peau et tissus mous  
 poumon       digestif       Sang       LCR  
 Autre : \_\_\_\_\_

Commentaire : \_\_\_\_\_

#### 4. PRELEVEMENT MICROBIOLOGIQUE POSITIF (1ER EXAMEN POSITIF)

Date prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2008

Type d'examen microbiologique: \_\_\_\_\_

Germe 1: \_\_\_\_\_ Germe 2: \_\_\_\_\_ Germe 3: \_\_\_\_\_

Commentaire : \_\_\_\_\_

#### 5. CONTEXTE DE L'EXAMEN MICROBIOLOGIQUE

- examen dans le cadre d'un prélèvement microbiologique clinique  
 examen dans le cadre d'un dépistage  
 autre \_\_\_\_\_

Joindre au questionnaire les résultats microbiologiques et envoyer les questionnaires complétés à l'Unité HPCI

**En cas de problèmes : l'UNITÉ HPCI est à votre disposition (021 314 02 54 ou 021 314 02 74)**

Nom + prénom infirmier(ère) : \_\_\_\_\_ Signature de médecin : \_\_\_\_\_