

<p><b>Données de l'étude</b> N°du CRF</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">INITIALES de infirmière</p> <table style="width: 40%; border: none; margin-left: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							<p><b><u>Etiquette Patient(e) :</u></b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>																				
<p><b>Patient</b> Initiales</p> <table style="width: 40%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="margin-left: 100px;">Année de naissance</p> <table style="width: 60%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="margin-left: 100px;">Sexe</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> Femme</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> Homme</p> <p>N° d'identification admission ou séjour</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																											

**A l'admission**

<p><b>Date d'admission</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">jour (01)    mois (0x)    année (0x)</p> <p>Diagnostic d'admission en texte libre</p>													<p><b>Transfert :</b>    <input type="radio"/> OUI    <input type="radio"/> NON</p> <p><b>Si OUI de :</b></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> EMS</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> CTR</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Hop.soins aigus</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> AUTRE</p>

**Le jour de l'enquête**

**Date de l'enquête**

		06	2010
--	--	----	------

jour (01)    mois (06)    année

**COMMENTAIRES**

Résultats examens microbiologie à suivre :

OUI     NON

**Type d'unité**

<input type="radio"/> Médecine	<input type="radio"/> Chirurgie
<input type="radio"/> Soins intensifs	<input type="radio"/> Orthopédie
	<input type="radio"/> Autre

Identité de l'unité

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Données cliniques ( j enquête et 6j avant )**

Thérapie ATB (7j) .....	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
CVC (7j).....	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Chirurgie (30j ou 1 an)...	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Intubation (7j) .....	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Cath.urinaire (7j).....	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Soins int. (pdt séjour) ...	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON

<b>Portage MRSA :</b> <input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> MRSA actuel <input type="radio"/> MRSA passé	<b>Infection noso :</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
--	---

<p><b>DATE de SORTIE :</b>    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>(facultatif)</b></p>	<p>Approuvé par Christiane :</p> <p><b>Définitif :</b>    <input type="radio"/>    <b>Temporaire:</b>    <input type="radio"/></p>
--	--

# Prévalence 2010 : Infections

<b>Date du début de l'infection</b> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <small>jour (01)    mois (06)    année (0x)</small>	<b>SI Infection urinaire :</b> <b>Cathéter urinaire</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> J. cath <small>au max. 7 jours</small>	<b>ANNULE</b> <input type="checkbox"/> OUI
<b>Code de l'infection</b> <input type="radio"/> UTI <input type="radio"/> EENT <input type="radio"/> GI    2ème code <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input type="radio"/> SUTI <input type="radio"/> BSI <input type="radio"/> REPR <input type="radio"/> SSI <input type="radio"/> BJ <input type="radio"/> SST <input type="radio"/> PNEU <input type="radio"/> CNS <input type="radio"/> SYS    Critère <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input type="radio"/> LRI <input type="radio"/> CVS	<b>Attribution</b> <input type="radio"/> Cette unité <input type="radio"/> Séj. antérieur <input type="radio"/> Cet hôpital <input type="radio"/> Autre hôpital <b>Germes</b> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/>	<b>Données clin. avt. déb. de l'inf.</b> Fièvre (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Thérapie ATB(7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? CVC (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Chirurgie (30j /1an) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Leucopénie (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? S. int. (pdt séjour) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Intubation (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ?
<i>Infection en texte libre</i>	<b>Données compl. de l'inf.</b> BSI 2° <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? BSI ass. cath <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Encore active <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ?	

<b>Date du début de l'infection</b> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <small>jour (01)    mois (06)    année (0x)</small>	<b>SI Infection urinaire :</b> <b>Cathéter urinaire</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> J. cath <small>au max. 7 jours</small>	<b>ANNULE</b> <input type="checkbox"/> OUI
<b>Code de l'infection</b> <input type="radio"/> UTI <input type="radio"/> EENT <input type="radio"/> GI    2ème code <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input type="radio"/> SUTI <input type="radio"/> BSI <input type="radio"/> REPR <input type="radio"/> SSI <input type="radio"/> BJ <input type="radio"/> SST <input type="radio"/> PNEU <input type="radio"/> CNS <input type="radio"/> SYS    Critère <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input type="radio"/> LRI <input type="radio"/> CVS	<b>Attribution</b> <input type="radio"/> Cette unité <input type="radio"/> Séj. antérieur <input type="radio"/> Cet hôpital <input type="radio"/> Autre hôpital <b>Germes</b> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/>	<b>Données clin. avt. déb. de l'inf.</b> Fièvre (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Thérapie ATB(7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? CVC (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Chirurgie (30j /1an) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Leucopénie (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? S. int. (pdt séjour) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Intubation (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ?
<i>Infection en texte libre</i>	<b>Données compl. de l'inf.</b> BSI 2° <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? BSI ass. cath <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Encore active <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ?	

<b>Date du début de l'infection</b> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <small>jour (01)    mois (06)    année (0x)</small>	<b>SI Infection urinaire :</b> <b>Cathéter urinaire</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> J. cath <small>au max. 7 jours</small>	<b>ANNULE</b> <input type="checkbox"/> OUI
<b>Code de l'infection</b> <input type="radio"/> UTI <input type="radio"/> EENT <input type="radio"/> GI    2ème code <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input type="radio"/> SUTI <input type="radio"/> BSI <input type="radio"/> REPR <input type="radio"/> SSI <input type="radio"/> BJ <input type="radio"/> SST <input type="radio"/> PNEU <input type="radio"/> CNS <input type="radio"/> SYS    Critère <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input type="radio"/> LRI <input type="radio"/> CVS	<b>Attribution</b> <input type="radio"/> Cette unité <input type="radio"/> Séj. antérieur <input type="radio"/> Cet hôpital <input type="radio"/> Autre hôpital <b>Germes</b> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:25px;" type="text"/>	<b>Données clin. avt. déb. de l'inf.</b> Fièvre (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Thérapie ATB(7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? CVC (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Chirurgie (30j /1an) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Leucopénie (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? S. int. (pdt séjour) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Intubation (7j) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ?
<i>Infection en texte libre</i>	<b>Données compl. de l'inf.</b> BSI 2° <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? BSI ass. cath <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ? Encore active <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> ?	