

**Bactériémies nosocomiales -Surveillance- CRF 202\_**

**1 seule paire positive** à un germe de la flore commensale (voir liste annexée), = contamination => ne pas remplir de questionnaire **SAUF** avis médical.

**Données démographiques**

ID questionnaire		ID SURV <i>Unité HPCi</i>	
Nom établissement /site		Code de l'établissement	
Date de naissance (aaaa)	____	Sexe	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Date d'admission dans l'établissement (jj/mm/aaaa)		__/__/____	

**Provenance du patient**

Provenance du patient	<input type="checkbox"/> domicile	<input type="checkbox"/> autre hôpital : _____	<input type="checkbox"/> EMS
Service de prélèvement	<input type="checkbox"/> médecine	<input type="checkbox"/> chirurgie	<input type="checkbox"/> soins intensifs
	<input type="checkbox"/> gynéco/obst.	<input type="checkbox"/> orthopédie	<input type="checkbox"/> soins continus
	<input type="checkbox"/> néonatalogie	<input type="checkbox"/> pédiatrie	<input type="checkbox"/> cardiologie/chir.
	<input type="checkbox"/> gériatrie	<input type="checkbox"/> CTR	<input type="checkbox"/> urgences
	<input type="checkbox"/> autre (préciser) :		

**Caractéristiques de la bactériémie**

Date du 1 <sup>er</sup> prélèvement positif (jj/mm/aaaa)	__ / __ / ____
Nombre d'hémocultures <b>positives</b> (paires) / nombre de <b>paires</b> prélevées	/
Code du micro-organisme 1	
Code du micro-organisme 2	
Code du micro-organisme 3	
Micro-organisme particulier	<input type="checkbox"/> autre BMR
<input type="checkbox"/> Épisode nosocomial <b>Attribuable à l'établissement</b>	<input type="checkbox"/> Épisode nosocomial <b>Attribuable à autre hôpital</b>

**Commentaires :**

### Origine de la bactériémie

<b>Origine de la bactériémie</b>  <i>Plusieurs choix possibles en cas d'origine multiple</i>	<input type="checkbox"/> site opératoire <input type="checkbox"/> cathéter <input type="checkbox"/> respiratoire <input type="checkbox"/> urinaire	<input type="checkbox"/> ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> cardiovasculaire <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> génital <input type="checkbox"/> mucite (immun supprimés)	<input type="checkbox"/> peau / tissus mous <input type="checkbox"/> digestif/abdominal <input type="checkbox"/> nerveux central <input type="checkbox"/> autre (préciser) : ..... <input type="checkbox"/> inconnu		
<b>Type cathéter</b>	<input type="checkbox"/> périphérique	<input type="checkbox"/> central	<input type="checkbox"/> Picc - line	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> Inconnu
<b>Site cathéter central</b>	<input type="checkbox"/> jugulaire	<input type="checkbox"/> sous-clavier	<input type="checkbox"/> fémoral	<input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> inconnu
<b>Date pose cathéter central</b>	___/___/____ <input type="checkbox"/> Inconnue				
<b>Si bactériémie sur cathéter, le cathéter a-t-il été cultivé?</b>	<input type="checkbox"/> oui		<b>Si oui</b> , spécifier micro-organisme + joindre le labo		
	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> inconnu		
Commentaires : ----- -----					

### Caractéristiques du patient (voir liste des diagnostics)

<b>Diagnostic principal à l'admission</b>		Code	
		Code	
		Code	
		Code	

### Opération chirurgicale dans les 30 jours précédant la bactériémie nosocomiale

Opération(s) chirurgicale(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
Si oui, type d'intervention		_____	
<b>Intervention 1</b> Date de l'op	<input type="text" value="___/___/____"/>	<b>Intervention 2</b> Date de l'op	<input type="text" value="___/___/____"/>
Code de l'op 1	<input type="text" value=""/>	Code de l'op 1	<input type="text" value=""/>
Code de l'op 2	<input type="text" value=""/>	code de l'op 2	<input type="text" value=""/>
<b>Intervention 3</b> Date de l'op	<input type="text" value="___/___/____"/>	<b>Intervention 4</b> Date de l'op	<input type="text" value="___/___/____"/>
Code de l'op 1	<input type="text" value=""/>	Code l'op 1	<input type="text" value=""/>
Code de l'op 2	<input type="text" value=""/>	Code de l'op 2	<input type="text" value=""/>

### Dispositifs médicaux et facteurs de risque présents au moment de la bactériémie nosocomiale ou dans les 48 heures précédant la bactériémie nosocomiale

Cathéter veineux périphérique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
Cathéter veineux central (PAC y compris)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
Sonde vésicale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu

**Date de sortie** (jj/mm/aaaa): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ **Décès**  oui  non

Commentaires