

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 ^{er} prélèvement positif (jj/mm/aaaa)	__ / __ / ----
Nombre d'hémocultures positives (paires) / nombre de paires 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 Attribuable à l'établissement	<input type="checkbox"/> Épisode nosocomial Attribuable à autre hôpital

Commentaires :

Origine de la bactériémie

Origine de la bactériémie <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	
Type cathéter	<input type="checkbox"/> périphérique	<input type="checkbox"/> central	<input type="checkbox"/> Picc - line <input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> Inconnu
Site cathéter central	<input type="checkbox"/> jugulaire	<input type="checkbox"/> sous-clavier	<input type="checkbox"/> fémoral	<input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> inconnu
Date pose cathéter central	___/___/____ <input type="checkbox"/> Inconnue			
Si bactériémie sur cathéter, le cathéter a-t-il été cultivé?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , spécifier micro-organisme + joindre le labo <input type="checkbox"/> inconnu		
Commentaires :				

Caractéristiques du patient (voir liste des diagnostics)

Diagnostic principal à l'admission		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		_____			
Intervention 1 Date de l'op	___/___/_____	Intervention 2 Date de l'op	___/___/_____		
Code de l'op 1		Code de l'op 1		code de l'op 2	
Intervention 3 Date de l'op	___/___/_____	Intervention 4 Date de l'op	___/___/_____		
Code de l'op 1		Code l'op 1		Code de l'op 2	

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