**Questionnaire**

**Hémodialyse - Surveillance - Infections accès vasculaire - Questionnaire**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | |
| Nom du centre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (RESERVE UNITE HPCI)  N° questionnaire\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Initiales du patient:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe:\_\_\_\_\_ Date de naissance:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ID du patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date 1er hémodialyse dans le centre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Patient vacancier (ex : voyageur, autre centre) (O/N) : \_\_\_\_ Provenance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **TYPE D’ACCES VASCULAIRE** | |
| **Fistule** native prothétique  Date de confection < 1 mois (O/N) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Cathéter** temporaire permanent  Localisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **CHECKLIST** | |
| **Signes cliniques le jour du prélèvement positif ou dans les 48 heures précédentes:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **NON** | **OUI** | | Le patient a-t-il eu un ou plusieurs signes ou symptômes suivants : fièvre (> 38.0 °C), frissons ou hypotension? |  |  | | Le patient a-t-il des signes d’infection au site d’insertion cathéter/fistule (inflammation/pus) ? |  |  | | Un traitement antibiotique a-t-il été débuté ? (le jour même ou les jours suivants) |  |  |   **Le patient a un ou des résultats de culture positifs pour les cultures suivantes *:***   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **NON** | **OUI** | | Hémoculture |  |  | | Culture de cathéter OU de fistule |  |  | | Culture de site d’insertion cutané de cathéter OU de fistule |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Autres types de cultures, préciser : |  |  | | |
| **AUTRES RENSEIGNEMENTS** | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **NON** | **OUI** | **Nb de jours** | | Le patient a-t-il été hospitalisé ? |  |  |  | | Le patient a-t-il séjourné aux soins intensifs ? |  |  |  | | Le patient est-il décédé dans les 30 jours suivants l’épisode infectieux ? |  |  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cultures réalisées le jour de l’épisode infectieux et les 72 heures suivantes** | |
| **HEMOCULTURES** | |
| Nombre de bouteilles positives / nombre de bouteilles prélevées : \_\_\_\_/\_\_\_\_  Date 1er hémoculture positive: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date de la dernière hémoculture positive : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | Micro-organisme 1 |  | | Micro-organisme 2 |  | | Micro-organisme 3 |  | | |
| **CULTURE DU CATHETER OU DE LA FISTULE** | |
| Date du prélèvement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de retrait cathéter/fistule : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | Micro-organisme 1 |  | | Micro-organisme 2 |  | | Micro-organisme 3 |  | | |
| **CULTURE DU SITE D’INSERTION CUTANE DU CATHETER OU DE LA FISTULE** | |
| Date du prélèvement: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de retrait cathéter/fistule : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | Micro-organisme 1 |  | | Micro-organisme 2 |  | | Micro-organisme 3 |  | | |
| **AUTRES RESULTATS DE CULTURE** | |
| Date du prélèvement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Précisez le type de prélèvement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | Micro-organisme 1 |  | | Micro-organisme 2 |  | | Micro-organisme 3 |  | | |
| **NOMS DES ANTIBIOTIQUES ADMINISTRES** | |
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECTION A COMPLETER PAR LE MEDECIN** | | |
| **Diagnostic :** | | |
|  | **NON** | **OUI** |
| Infection de site d’insertion cutané de cathéter sans bactériémie |  |  |
| Infection site d’insertion cutané de fistule sans bactériémie |  |  |
| Bactériémie sur infection de cathéter |  |  |
| Bactériémie sur infection de fistule |  |  |
| Bactériémie sans site clinique |  |  |
| Bactériémie sur un site clinique autre que l’accès vasculaire |  |  |
| Contamination |  |  |
| Commentaires : | | |

Signature de l’infirmier/ère responsable de la surveillance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du médecin responsable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informations**

***Le questionnaire***

Le questionnaire est disponible en ligne sur le site HPCI :

|  |
| --- |
| [www.hpci.ch](http://www.hpci.ch) 🡪Unité cantonale HPCI 🡪Activité HPCI 🡪Surveillance des infections en hémodialyse |

Un questionnaire doit être complété pour chaque épisode infectieux et retourné :

**Soit par la poste :**

Mme Laetitia Qalla Widmer

Unité HPCI

CHUV

Mont-Paisible 18 04-408

1011 Lausanne

**Soit par email :** [laetitia.qalla-widmer@chuv.ch](mailto:laetitia.qalla-widmer@chuv.ch)

***Si vous avez des questions, contactez:***

Delphine Hequet

Bureau : 021 314 12 88

Dr Christiane Petignat

Bureau 021 314 02 54 ou Email : christiane.petignat@chuv.ch