|  |
| --- |
| **SIDENTIFICATION** |
| Nom du centre : \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (RESERVE UNITE HPCI)N°questionnaire\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Initiales du patient :      \_\_\_\_\_\_\_\_ ID du patient :      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe :      \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_      \_\_\_\_\_\_\_Dialysé depuis (année) :      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Patient vacancier (ex : voyageur, autre centre) (O/N) :      \_\_\_\_ Provenance :      \_\_\_\_ |
| **CRITERES POUR COMPLETER FORMULAIRE** |
| **Bactériémie : oui**  **non** * Origine : [ ]  Infection du site d’insertion/cathéter [ ]  Primaire [ ]  Secondaire
* Si secondaire préciser l’origine :

**Infection du site d’insertion : oui non** |
| **TYPE D’ACCES VASCULAIRE** |
| **Fistule** native[ ]  prothétique [ ]  Date de confection < 1 mois : oui non **Cathéter** temporaire [ ]  permanent [ ]  Localisation :      \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Cultures réalisées le jour de l’épisode infectieux et les 72 h 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 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** |
|

|  |
| --- |
| Un traitement antibiotique a-t-il été débuté ? Le jour même : oui non Les jours suivants : oui non |
| **1.** | **3.** |
| **2.** | **4.** |

 |
| **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 ? |       |       |       |

 |
| **SECTION A COMPLETER PAR LE MEDECIN** |
| **DIAGNOSTIC** |
|  | **NON** | **OUI** |
| **Infection du site** d’insertion du cathéter **sans bactériémie** |  |  |
| **Infection du site** d’insertion de la fistule **sans bactériémie** |  |  |
| **Bactériémie** sur infection de **cathéter** |  |  |
| **Bactériémie** sur infection de la **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 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** :**email :** marie-josephe.thevenin@vd.ch***Si vous avez des questions, contactez :*** Dr Emmanouil Glampedakis, 079 556 67 51, [emmanouil.glampedakis@vd.ch](emmanouil.glampedakis%40vd.ch) |