

Surveillance du sondage vésical – feuille de route

A) Données relatives au patient/à la patiente

1. Numéro de CRF :

Nom* :

Prénom* :

2. Année de naissance :

3. Sexe : masculin féminin

4. Date d'admission à l'hôpital (ou dans les unités surveillées) (jj.mm.aaaa) : . . .

5.1 Unité :

chirurgie médecine gynécologie/obstétrique soins intensifs autre :

5.2 Service :

6. Provenance du patient/de la patiente :

du domicile d'un autre hôpital d'un EMS d'un centre de réadaptation transfert interne autre

7. Patient/patiente muni-e d'une sonde vésicale (lors de l'admission ou durant le séjour à l'hôpital) : oui non

8. Date de sortie de l'hôpital (ou des unités surveillées) (jj.mm.aaaa) : . . .

9. Destination de sortie du patient/de la patiente :

à domicile vers un autre hôpital vers un EMS vers un centre de réadaptation transfert interne autre

10. Sortie de l'hôpital (ou des unités surveillées) avec une sonde vésicale : oui non

*Seulement pour une utilisation interne à l'hôpital

B) Indications relatives à la sonde

1. Type de sonde : SAD en latex SAD en silicone SAD enduite de (type d'imprégnation) :
 cathéter de rinçage inconnu

2. Indication (seulement l'indication principale, pas de choix multiple) : rétention urinaire bilan urinaire
 opération escarre plus incontinence immobilisation prolongée soins palliatifs plus confort autre

3. Date de pose (jj.mm.aaaa) : . . .

4. Lieu de pose : service des urgences unité hospitalière soins intensifs salle d'opération ESWL**
 salle de réveil salle d'accouchement ailleurs : en dehors du milieu hospitalier***

5. Date de retrait (jj.mm.aaaa) : . . .

ESWL = lithotripsie extracorporelle par ondes de choc / *Catégorie pour les patients déjà munis d'une sonde lors de leur admission à l'hôpital

C) Réinsertion(s)

1. Réinsertion : oui non

2. Indication (seulement l'indication principale, pas de choix multiple) : rétention urinaire bilan urinaire
 opération escarre plus incontinence immobilisation prolongée soins palliatifs plus confort autre

3. Date de pose (jj.mm.aaaa) : . . .

4. Lieu de pose : service des urgences unité hospitalière soins intensifs salle d'opération ESWL
 salle de réveil salle d'accouchement ailleurs :

5. Date de retrait (jj.mm.aaaa) : . . .

Deuxième réinsertion :

Indication (seulement l'indication principale, pas de choix multiple) : rétention urinaire bilan urinaire
 opération escarre plus incontinence immobilisation prolongée soins palliatifs plus confort autre

Date de pose (jj.mm.aaaa) : . . .

Lieu de pose : service des urgences unité hospitalière soins intensifs salle d'opération ESWL
 salle de réveil salle d'accouchement ailleurs :

Date de retrait (jj.mm.aaaa) : . . .



D) Infection – CAUTI symptomatique

(Sonde urinaire > 2 jours in situ resp. enlevée depuis < 2 jours)

1. Symptômes : oui non

Fièvre >38.0°C (oreille) : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Douleurs à la palpation sus-pubienne : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Douleurs sur les flancs ou douleur à la percussion : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Besoin pressant d'uriner : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Pollakiurie (miction fréquente) : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Dysurie (miction douloureuse) : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

2. Prélèvement microbiologique : oui non

2.1. Type d'échantillon : urine de la sonde urines au jet autre échantillon d'urine

2.2. Date de prélèvement (jj.mm.aaaa) : . .

2.3. Issue

a) Nombre de germe(s) différent(s) : 0 1-2 >2

b) Nombre de germes dans l'urine : < 100'000/ml ≥ 100'000/ml (En cas de 2 espèces, le nombre supérieur applique)

c) Germe(s) (En cas de 2 espèces, veuillez numéroter à cause du nombre de germes par 1 et 2)

E. coli Proteus sp. Klebsiella sp. Enterococcus sp. P. aeruginosa autre :

E) Issue non infectieuse avec sonde in situ

oui non

Saignement de l'urètre : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Macro-hématurie : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Paraphimosis : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Retrait d'une sonde obstruée : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Retrait involontaire d'une sonde : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

Localisation incorrecte : oui non date (jj.mm.aaaa) : . .

F) Réévaluation de l'indication

Réévaluation de l'indication effectuée :

Réévaluation 1 : date (jj.mm.aaaa) : . . Réévaluation 9 : date (jj.mm.aaaa) : . .

Réévaluation 2 : date (jj.mm.aaaa) : . . Réévaluation 10 : date (jj.mm.aaaa) : . .

Réévaluation 3 : date (jj.mm.aaaa) : . . Réévaluation 11 : date (jj.mm.aaaa) : . .

Réévaluation 4 : date (jj.mm.aaaa) : . . Réévaluation 12 : date (jj.mm.aaaa) : . .

Réévaluation 5 : date (jj.mm.aaaa) : . . Réévaluation 13 : date (jj.mm.aaaa) : . .

Réévaluation 6 : date (jj.mm.aaaa) : . . Réévaluation 14 : date (jj.mm.aaaa) : . .

Réévaluation 7 : date (jj.mm.aaaa) : . . Réévaluation 15 : date (jj.mm.aaaa) : . .

Réévaluation 8 : date (jj.mm.aaaa) : . . Réévaluation 16 : date (jj.mm.aaaa) : . .