

## CAUTI Surveillance – formulaire de collecte des données

### A) Données relatives au patient

<b>Numéro de patient (PID) :</b>		<i>En option</i> : <b>Numéro de cas :</b>
Nom*:	Prénom*:	
Date de naissance* :	<b>Année de naissance :</b>	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> autre
<b>Unité :</b> <input type="checkbox"/> chirurgie (SUR) <input type="checkbox"/> médecine (MED) <input type="checkbox"/> gynécologie/obstétrique (G/O) <input type="checkbox"/> soins intensifs (ICU) <input type="checkbox"/> pédiatrie (PED) <input type="checkbox"/> néonatalogie (NEO) <input type="checkbox"/> gériatrie (GER) <input type="checkbox"/> psychiatrie (PSY) <input type="checkbox"/> réhabilitation (RHB) <input type="checkbox"/> soins de longue durée (LTC) <input type="checkbox"/> autre (OTH) <input type="checkbox"/> mixte (MIX)		
<i>En option</i> : <b>Spécialité selon la liste de codes des spécialités :</b>		
<b>Date d'admission à l'hôpital (jj.mm.aaaa) :</b>		
<b>Date d'admission dans les unités surveillées** (jj.mm.aaaa) :</b>		
<b>Date de sortie de l'hôpital (jj.mm.aaaa) :</b>		
<b>Date de sortie des unités surveillées** (jj.mm.aaaa) :</b>		

\*Seulement pour une utilisation interne à l'hôpital / \*\*Pertinent pour les hôpitaux qui ne participent qu'avec certaines unités organisationnelles.

### B) Indications relatives à la sonde vésicale

<b>Date de pose (jj.mm.aaaa) :</b>	<b>Date de retrait (jj.mm.aaaa) :</b>
<i>En option</i> : <b>Lieu de pose :</b> <input type="checkbox"/> service des urgences <input type="checkbox"/> unité hospitalière <input type="checkbox"/> soins intensifs <input type="checkbox"/> salle d'opération <input type="checkbox"/> salle d'accouchement <input type="checkbox"/> autre lieu <input type="checkbox"/> en dehors du milieu hospitalier*	
<i>En option</i> : <b>Pose d'une sonde dans le cadre d'une procédure transurétrale :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>En option</i> : <b>Indication (seulement l'indication principale, pas de choix multiple) :</b> <input type="checkbox"/> rétention urinaire <input type="checkbox"/> bilan urinaire <input type="checkbox"/> opération <input type="checkbox"/> escarre plus incontinence <input type="checkbox"/> immobilisation prolongée <input type="checkbox"/> soins palliatifs plus confort <input type="checkbox"/> autre	

\*Catégorie pour les patients déjà munis d'une sonde lors de leur admission à l'hôpital.

#### Réinsertion :

<b>Date de pose (jj.mm.aaaa) :</b>	<b>Date de retrait (jj.mm.aaaa) :</b>
<i>En option</i> : <b>Lieu de pose :</b> <input type="checkbox"/> service des urgences <input type="checkbox"/> unité hospitalière <input type="checkbox"/> soins intensifs <input type="checkbox"/> salle d'opération <input type="checkbox"/> salle d'accouchement <input type="checkbox"/> autre lieu	
<i>En option</i> : <b>Pose d'une sonde dans le cadre d'une procédure transurétrale :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>En option</i> : <b>Indication (seulement l'indication principale, pas de choix multiple) :</b> <input type="checkbox"/> rétention urinaire <input type="checkbox"/> bilan urinaire <input type="checkbox"/> opération <input type="checkbox"/> escarre plus incontinence <input type="checkbox"/> immobilisation prolongée <input type="checkbox"/> soins palliatifs plus confort <input type="checkbox"/> autre	

#### Réinsertion :

<b>Date de pose (jj.mm.aaaa) :</b>	<b>Date de retrait (jj.mm.aaaa) :</b>
<i>En option</i> : <b>Lieu de pose :</b> <input type="checkbox"/> service des urgences <input type="checkbox"/> unité hospitalière <input type="checkbox"/> soins intensifs <input type="checkbox"/> salle d'opération <input type="checkbox"/> salle d'accouchement <input type="checkbox"/> autre lieu	
<i>En option</i> : <b>Pose d'une sonde dans le cadre d'une procédure transurétrale :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>En option</i> : <b>Indication (seulement l'indication principale, pas de choix multiple) :</b> <input type="checkbox"/> rétention urinaire <input type="checkbox"/> bilan urinaire <input type="checkbox"/> opération <input type="checkbox"/> escarre plus incontinence <input type="checkbox"/> immobilisation prolongée <input type="checkbox"/> soins palliatifs plus confort <input type="checkbox"/> autre	

## Résultat infectieux : CAUTI symptomatique

(Sonde vésicale > 2 jours calendaires in situ et – si elle est retirée – retirée il y a < 2 jours calendaires)

Prélèvement microbiologique :  oui  non

Date de prélèvement (jj.mm.aaaa) :

Nombre de germes différents :  0  1  2  >2

Germe 1 :  E. coli  Proteus sp.  Klebsiella sp.  Enterococcus sp.  P. aeruginosa  autre germe

Germe 1 : nombre de germes dans l'urine :  < 10E5 CFU/ml  ≥ 10E5 CFU/ml

Germe 2 :  E. coli  Proteus sp.  Klebsiella sp.  Enterococcus sp.  P. aeruginosa  autre germe

Germe 2 : nombre de germes dans l'urine :  < 10E5 CFU/ml  ≥ 10E5 CFU/ml

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) :

\* APRÈS le retrait de la sonde vésicale

## Deuxième analyse microbiologique :

Date de prélèvement (jj.mm.aaaa) :

Nombre de germes différents :  0  1  2  >2

Germe 1 :  E. coli  Proteus sp.  Klebsiella sp.  Enterococcus sp.  P. aeruginosa  autre germe

Germe 1 : nombre de germes dans l'urine :  < 10E5 CFU/ml  ≥ 10E5 CFU/ml

Germe 2 :  E. coli  Proteus sp.  Klebsiella sp.  Enterococcus sp.  P. aeruginosa  autre germe

Germe 2 : nombre de germes dans l'urine :  < 10E5 CFU/ml  ≥ 10E5 CFU/ml

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) :

\* APRÈS le retrait de la sonde vésicale