

## Formulaire H1 – Fiche Établissement

Code de l'établissement [ \_\_\_\_\_ ]

Période d'enquête: du : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 jj/ mm / aaaa jj/ mm / aaaa

Nombre total de lits

Nombre de lits de soins aigus

Nombre de lits de soins intensifs

Y-a-t'il de services exclus de l'enquête?

Non  Oui, les services suivants ont été exclus:

Nombre des lits dans les services participants:

Nombre total des patients dans l'enquête:

Secteur d'activité

Primaire (1°)  Secondaire (2°)  Tertiaire (3°)

Spécialisé: \_\_\_\_\_

Publique  Privé, à but non lucratif

Privé, à but lucratif  Autre/inconnu

L'établissement fait partie d'un groupe hospitalier (GH):

Non  Oui → Groupe: \_\_\_\_\_ Code GH

Les données s'appliquent à :  L'établissement  GH

Secteur d'activité du GH :  1°  2°  3°  Spécialité

Nombre total de lits total au GH

Nombre de lits de soins aigus au GH

	Nombre	An	Inc./ Total (1)
Nombre d'admissions/sorties par an			Inc Tot
Nombre de jours-patients par an			
Consommation de produit hydro-alcoolique (Litres/an)			Inc Tot
Nombre d'observations de l'hygiène des mains par an			Inc Tot
Nombre d'hémocultures (paires) par an			Inc Tot
Nombre d'analyses pour <i>C. difficile</i>			Inc Tot
Nombre d'infirmiers en équivalents plein temps (EPT) en PCI			Inc Tot
Nombre de médecins en EPT en PCI			
Nombre de soignants en EPT responsables de <i>l'antibiotic stewardship</i>			
Nombre d'infirmiers en EPT			Inc Tot
Nombre d'aide-soignants en EPT			
Nombre d'infirmiers en EPT aux soins intensifs			
Nombre d'aide-soignants en EPT aux soins intensifs			
Nombre de chambres d'isolement aérosol			

## Formulaire H2 – Fiche Établissement

Code de l'établissement [ \_\_\_\_\_ ]

Période d'enquête: du :\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 jj/ mm / aaaa jj/ mm / aaaa

### Prévention et contrôle de l'infection (PCI) :

Y-a-t'il un plan annuel concernant les objectifs de PCI, approuvé par la direction de l'établissement?  Oui  Non

Y-a-t'il un rapport PCI annuel, approuvé par la direction de l'établissement?  Oui  Non

### Participation à un réseau de surveillance :

Pendant l'année précédente, à quel réseau de surveillance dans le domaine de PCI votre établissement a-t-il participé ?

SSI  SI  CDI  Résistance aux antibiotiques

Utilisation d'antimicrobiens  Non

Autres : \_\_\_\_\_

### Microbiologie/performance diagnostique

Pendant les weekends, est-ce que l'équipe peut commander de tests microbiologiques de routine et recevoir de résultats?

Examens cliniques :  Samedi  Dimanche

Screenings (ex. MRSA):  Samedi  Dimanche

Lesquels des programmes suivants sont établis dans votre établissement ? (O = Oui; N = Non; P = Pas d'information)

	Guidelines	Mesures de prévention basées sur l'évidence	Formation	Checklist	Audit	Surveillance	Feed-back
<b>Soins intensifs</b>							
Pneumonie							
Sepsis							
Infections urinaires							
Utilisation des antimicrobiens							
<b>Tout hôpital/autres services</b>							
Pneumonie							
Sepsis							
SSI							
Infections urinaires							
Utilisation des antimicrobiens							

Mesures de prévention basées sur l'évidence : 3-5 Mesures pour la prévention d'une infection associée aux soins dont il y a l'évidence de son efficacité dans la littérature.

SSI: Infections post-chirurgicales; SI: Soins intensifs (n'importe quel type d'infections nosocomiales aux soins intensifs); CDI: Infection à *Clostridium difficile*.

## Formulaire H3 – Fiche Établissement

Code de l'établissement [ \_\_\_\_\_ ]

Période d'enquête: du : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ au: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
jj/ mm / aaaa jj/ mm / aaaa

### Optionnel: Données des services, applicables à tout hôpital

	Nombre	Inc/Total <sup>1</sup>
Nombre de lits équipés d'un distributeur de solution hydro-alcoolique (dans la zone patient)		
Nombre de lits évalués pour la présence d'un distributeur de solution hydro-alcoolique		
Nombre de chambres dans l'hôpital		
Nombre de chambres seules dans l'hôpital		
Nombre de chambres seules avec toilette/douche dans l'hôpital		
Nombre de lits occupés à 00:01 un jour pendant l'enquête (mardi à vendredi)		
Nombre de lits évalués pour l'occupation à 00:01 un jour pendant l'enquête (mardi à vendredi)		

Est-ce que dans votre hôpital les soignants portent des flacons de solution hydro-alcoolique?

Non  0-25% des soignants  25-50% des soignants  50-75% des soignants  >75% des soignants  Oui, proportion non-estimable

Y-a-t'il dans votre établissement une procédure formelle (en écrit) de réévaluation de l'antibiothérapie 72 heures après son introduction (revue post-prescription)?

Non  Dans tous les services  Dans quelques services  Aux soins intensifs exclusivement

<sup>1</sup>Inc = Données pour l'ensemble des services inclus dans l'enquête (recommandé); Tot = Données pour tout l'hôpital; si tous les services sont inclus (Inc = Tot): indiquer « Inc ».

## Formulaire S – Service

Jour de l'enquête<sup>1</sup>: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Code de l'établissement [ \_\_\_\_\_ ] Code du service [ \_\_\_\_\_ ]  
*jj / mm / aaaa*

Spécialité du service<sup>2</sup>  PED  NEO  ICU  MED  SUR  G/O  GER  PSY  RHB  LTC  OTH  MIX

Nombre des patients dans le service<sup>3</sup> [ \_\_\_\_\_ ] Y-a-t'il une procédure formelle (en écrit) à réévaluer tout thérapie antibiotique après 72 heures?  Oui  Non

	Nombre	An <sup>4</sup>
Nombre de jours-patients par an dans le service		
Consommation de solution hydro-alcoolique par an dans le service (Litres/an)		
Nombre d'observations de l'hygiène des mains par an dans le service		
Nombre de lits (disponibles) dans le service		
Nombre des lits équipés d'un distributeur de solution hydro-alcoolique (zone patient)		
Nombre de soignants le jour de l'enquête		
Nombre de soignants portant des flacons de solution hydro-alcoolique		
Nombre de chambres patients dans le service		
Nombre de chambres seules dans le service		
Nombre de chambres seules équipées d'une toilette/douche		
Nombre des lits occupés à 00:01 dans le service le jour de l'enquête		

<sup>1</sup>L'enquête doit être faite pendant un seul jour; <sup>2</sup>Spécialité majeure du service : ≥ 80% des patients représentent cette spécialité (si non: indiquer « MIX »); <sup>3</sup>Nombre total des patients qui sont entrés avant 08:00 le jour de l'enquête et qui ne quitteront pas le service pendant le jour de l'enquête; <sup>4</sup>An : L'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.

# Formulaire P – Patient

Code de l'établissement [ ] Code du service [ ]

Date de l'enquête : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Code patient [ ]

Age : [ ] ans ; Age < 2 ans : [ ] mois

Genre :  M  F

Date d'admission : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Spécialité du patient [ ]

Intervention chirurgicale depuis l'admission :

- Non
- Intervention mini-invasive/non-NHSN
- Intervention NHSN → [ ]
- Pas d'information

McCabe score :

- Pathologie non-fatale  Pathologie avec évolution fatale dans 5 ans
- Pathologie avec évolution fatale dans 12 mois  Pas d'info

Nouveau-né, Poids de naissance : [ ] grammes

Enfant <16 ans, poids: [ ] kg; taille: [ ] cm

Cathéter central :  Non  Oui  ?

Cathéter périphérique :  Non  Oui  ?

Sonde urinaire :  Non  Oui  ?

Ventilation (intubé) :  Non  Oui  ?

Le patient reçoit des antimicrobiens (1):  Non  Oui

Le patient a une infection associée aux soins (IAS)(2):  Non  Oui

(1) Le jour de l'enquête; exception : prophylaxie chirurgicale → 24h avant 08:00 du jour de l'enquête – si oui : remplir la section « antimicrobien » ; si > 3 antimicrobiens sont appliqués, rajouter une formulaire supplémentaire; (2) [Début de l'infection ≥ jour 3 OU critères applicables pour infections du site chirurgical (intervention chirurgicale dans les derniers 30/90 jours) OU sortie de l'hôpital mais réadmission < 48h OU infection à *C. difficile* après une sortie < 28 jours OU début < 3 après procédure/dispositif invasifs à J1 ou J2] ET [les critères d'une IAS sont requis le jour de l'enquête OU un traitement pour une IAS au jour de l'enquête est installé (après avoir rempli les critères d'une IAS avant)] – si oui : remplir la section « infection associée aux soins » ; si > 2 IAS, rajouter une formulaire supplémentaire.

Antimicrobien (AM/ Substance)	voie	Indication	Diagnostic	Indication documentée	Date début de l'antimicrobien	Changement de l'AM (raison)	Si changement: Date du début 1° AM	Dose par jour		
								Application (par jour)	Dose individuelle	mg/g/IU
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			

**Voie:** P: parentérale, O: orale, R: rectale, I: inhalée; **Indication:** infection communautaire (CI), infection acquise à un service de soins de longue durée (LI), infection associée aux soins aigus (HI); prophylaxie chirurgicale : SP1: dose simple, SP2: pendant 1 jour, SP3: > 1 jour ; MP: prophylaxie médicale; O: autre indication ; UI: ?; **Diagnostic:** voir liste ; **Indication documentée** (dans le dossier du patient) : Oui/Non ; **Changement de l'AM (+ cause):** N = pas de changement ; E = escalade; D = descalade; S = changement iv-oral; A = effet indésirable; OU = autre cause; U = ?; **Si changement : Date du début 1° AM** : concerne le 1° antimicrobien pour la même indication; **Dose par jour** : ex. 3 x 1 g; g = gramme, mg = milligramme, IU = unités internationales

	IAS 1			IAS 2				
<b>Code IAS</b>								
<b>Dispositif pertinent</b> (3)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?		
<b>Présente à l'admission</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
<b>Séjour lié à l'IAS:</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?		
<b>Début de l'IAS</b> (4)	/	/	(jj/mm/aaaa)	/	/	(jj/mm/aaaa)		
<b>Attribution</b>	<input type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ?			<input type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ?				
<b>IAS associée à ce service</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?		
<b>Si BSI: Source</b> (5)								
	Code MO	Résistance		P D R	Code MO	Résistance		P D R
		AB (6)	SIR			AB (6)	SIR	
<b>Microorganisme 1</b>								
<b>Microorganisme 2</b>								

(3) Dispositif pertinent avant l'IAS (tube endo-trachéal pour PN1-PN5, CVC/CVP pour sepsis [BSI, NEO-LCB], NEO-CNSB], sonde urinaire pour UTI-A et UTI-B); (4) Si l'infection n'est pas présente à l'admission; (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) AB: *S. aureus*: OXA+ GLY; *Enterococcus* sp.: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; *P. aeruginosa* und *Acinetobacter* sp.: CAR; SIR: S=sensible, I=intermédiaire, R=résistant, U=?; PDR: résistant contre tous les antibiotiques: N = Non, P = potentiellement, C=confirmé, U=?