

Code de l'hôpital [ \_\_\_\_\_ ]

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

Nombre total de lits

Nombre de lits de soins aigus

Nombre de lits aux soins intensifs

Exclusions de services?

Non  Oui, les services suivants ont été exclus:

Nombre des lits dans les services participants:

Nombre total des patients dans l'enquête:

Type d'activité

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

Pédiatrique

Spécialisé: \_\_\_\_\_

Propriété de l'hôpital

Publique  Privé, à but non lucratif

Privé, à but lucratif  Autre/inconnu

	Nombre	An	Inc./ Total (1)
Nombre d'admissions/sorties par an			Inc Tot
Nombre de jours-patients par an			
Consommation de solution hydro-alcoolique (Litres/an)			Inc Tot
Paires d'hémocultures par an			Inc Tot
Analyses de selles pour <i>C. difficile</i>			Inc Tot

Code de l'hôpital [\_\_\_\_\_]

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

Si pas fait en 2024 ou au cas de changements d'activités, veuillez remplir le questionnaire **« auto-évaluation des exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse »** sous ce lien :

<https://www.surveymonkey.com/r/T2L78LJ> (FR)

<https://de.surveymonkey.com/r/56HZPVY> (DE)

<https://www.surveymonkey.com/r/CD9TDH8> (IT)

En plus de ce questionnaire, Swissnoso met à disposition un **manuel** décrivant plus en détail les éléments clés nécessaires. Ce manuel fournit des conseils pour interpréter les questions et décider si une exigence est satisfaite ou non.

Avez-vous rempli le questionnaire?

Oui  Non

---

Nous vous prions également de bien vouloir remplir le questionnaire **«Screening et surveillance active – Dépistage pour les bactéries multirésistants (BMR)»** sous ce lien:

<https://de.surveymonkey.com/r/GX5CL7B> (FR)

<https://de.surveymonkey.com/r/X6FVZLM> (DE)

<https://de.surveymonkey.com/r/GXH57JT> (IT)

Avez-vous rempli le questionnaire?

Oui  Non

Date de l'enquête<sup>1</sup>: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Code de l'hôpital [\_\_\_\_\_]    Identifiant de l'unité de soins [\_\_\_\_\_]  
*jj / mm / aaaa*

Spécialité de l'unité de soins<sup>2</sup>  PED  NEO  ICU  MED  SUR  G/O  GER  PSY  RHB  LTC  OTH  MIX

Nombre des patients dans l'unité de soins<sup>3</sup> [\_\_\_\_\_]

Y-a-t'il une procédure formelle (en écrit) à réévaluer tout antibiothérapie après 72 heures?

Oui  Non

<sup>1</sup>L'enquête doit être faite pendant un seul jour; <sup>2</sup>Spécialité majeure de l'unité :  $\geq 80\%$  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 avant midi (12.00) le jour de l'enquête.

Code de l'hôpital [ ] Code de l'unité de soins [ ]

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

Code patient [ ]

Age (ans) : [ ] 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  Pas d'information

Intervention NHSN → [ ]

McCabe score:

Pathologie non-fatale  Pathologie avec évolution fatale dans 5 ans

Pathologie avec évolution fatale dans 12 mois  Pas d'information

Nouveau-né, Poids de naissance : [ ] grammes

Enfant <16 ans, poids: [ ] taille: [ ]

Cathéter central :  Non  Oui  ?

Cathéter périphérique:  Non  Oui  ?

Sonde urinaire :  Non  Oui  ?

Ventilation (intubé) :  Non  Oui  ?

Le patient reçoit des antimicrobiens <sup>(1)</sup>:  Non  Oui

Le patient a une infection associée

aux soins (IAS) active<sup>(2)</sup>:  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 < j3 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	Changement de l'AM (raison)	Dose par jour		
						Applications (par jour)	Dose individuelle	unité
						/	/	
						/	/	

**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 = ? \* établissement de soins de longue durée

	IAS 1				IAS 2			
<b>Code IAS</b>								
<b>Dispositif pertinent</b> <sup>(3)</sup>	<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>Si présente à l'admission, séjour lié à la 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> <sup>(4)</sup>	/	/	(jj/mm/aaaa)		/	/	(jj/mm/aaaa)	
<b>Attribution</b>	<input type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ESLD* <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Cet hôpital <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> ESLD <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> <sup>(5)</sup>								
	Code MO	Résistance		P D R	Code MO	Résistance		P D R
		AB <sup>(6)</sup>	SIR			AB <sup>(6)</sup>	SIR	
<b>Microorganisme 1</b>								
<b>Microorganisme 2</b>								
<b>Microorganisme 3</b>								

(3) Dispositif pertinent avant l'IAS (tube endo-trachéal pour PN1-PN5, CVC/CVP pour sepsis [BSI, NEO-LCBI, 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= sensible en dosage élevé, R=résistant, U=?; PDR: résistant contre tous les antibiotiques; N = Non, P = potentiellement, C=confirmé, U=? \* établissement de soins de longue durée