

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

Date de l'enquête¹: ____ / ____ / ____ Code de l'hôpital [_____] Identifiant de l'unité de soins [_____]
jj / mm / aaaa

Spécialité de l'unité de soins² PED NEO ICU MED SUR G/O GER PSY RHB LTC OTH MIX

Nombre des patients dans l'unité de soins³ [_____]

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

Oui Non

¹L'enquête doit être faite pendant un seul jour; ²Spécialité majeure de l'unité : $\geq 80\%$ des patients représentent cette spécialité (si non: indiquer « MIX »); ³Nombre 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 ⁽¹⁾: Non Oui

Le patient a une infection associée

aux soins (IAS) active⁽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 un 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 un 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			
Code IAS								
Dispositif pertinent ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
Présente à l'admission	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si présente à l'admission, séjour lié à la IAS?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
Début de l'IAS ⁽⁴⁾	/	/	(jj/mm/aaaa)		/	/	(jj/mm/aaaa)	
Attribution	<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"/> ?			
IAS associée à ce service	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			
Si BSI: Source ⁽⁵⁾								
	Code MO	Résistance		P D R	Code MO	Résistance		P D R
		AB ⁽⁶⁾	SIR			AB ⁽⁶⁾	SIR	
Microorganisme 1								
Microorganisme 2								
Microorganisme 3								

(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