Nationales Zentrum für Infektionsprävention
Centre national de prévention des infections
Centro nazionale per la prevenzione delle infezioni
National Center for Infection Control

Module de Surveillance des infections du site chirurgical

Guide de l'utilisateur

Edité par Swissnoso, version du 1er janvier 2026

Tables des matières

1 INTRODUCTION AU GUIDE DE L'UTILISATEUR 3
1.1 CONTEXTE 3
1.2 DEFINITION 3
1.3 METHODE DE REFERENCE 3
1.4 RENDU DES RESULTATS 4
1.5 VALIDATION 4
1.6 HOTLINE 4
1.7 GUIDE DE L'UTILISATEUR 4
2 CHANGEMENTS 5
3 DESCRIPTION DE LA MÉTHODE DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE CHIRURGICAL 6
3.1 PARTICIPATION ET PREREQUIS 6
3.2 PROCEDURES CHIRURGICALES SUIVIES 6
3.3 INFORMATION DES PATIENTS 7
3.4 PROCESSUS DE SURVEILLANCE 7
3.4.1 Inclusion des cas 8
3.4.2 Surveillance active de l'évolution des patients en cours d'hospitalisation 8
3.4.3 Surveillance active de l'évolution des patients après la sortie : post discharge surveillance (PDS) 9
3.4.4 Détection des cas d'infection et supervision 12
3.5 SAISIE DES DONNEES 13
3.6 CONTROLE DES DONNEES (DATA CLEANING) 13
3.7 REFERENCES 14
4 DOCUMENTS ANNEXES : 15
DOCUMENT 1 – FORMULAIRE DE SAISIE (CRF) 16
DOCUMENT 2 – DEFINITIONS DES VARIABLES DU FORMULAIRE DE SAISIE (CRF) 19
DOCUMENT 3 – LISTE ET CODES DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUIVIES PAR LE PROGRAMME SWISSNOSO 36
DOCUMENT 4 – DEFINITION DES CLASSES DE CONTAMINATION I A IV – V 01.01.2026 41
DOCUMENT 5A – LISTE ET CODES DES ANTIBIOTIQUES ET ANTIFONGIQUES. 43
DOCUMENT 5B – LISTE ET CODES DES ANTIBIOTIQUES LES PLUS FREQUEMMENT UTILISES, PAR ORDRE ALPHABETIQUE ET NOM COMMERCIAL 45
DOCUMENT 6 – TYPE D'INFECTION DU SITE CHIRURGICAL 46
DOCUMENT 7 – CRITERES DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS DU SITE CHIRURGICAL 47
CRITERES B SPECIFIQUES DE DIAGNOSTIC D'INFECTION D'ORGANE /ESPACE POUR ENDOMETRITE APRES CESARIENNE 49
CRITERES B SPECIFIQUES DE DIAGNOSTIC D'INFECTION D'ORGANE/ESPACE POUR ENDOCARDITE APRES CHIRURGIE CARDIAQUE 50
CRITERES B SPECIFIQUES DE DIAGNOSTIC D'INFECTION ASSOCIEE A UNE PROTHESE ORTHOPEDIQUE 51
CRITERES B SPECIFIQUES DE DIAGNOSTIC D'INFECTION D'ORGANE /ESPACE POUR UNE INFECTION DU MOIGNON VAGINAL APRES HYSTERECTOMIE 52
DOCUMENT 8 – LISTE ET CODES DES MICRO-ORGANISMES 01.01.2026 53
DOCUMENT 9 – ENTRETIEN TELEPHONIQUE STANDARDISE 55
1. GENERALITES SUR L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE STANDARDISE 55
2. FORMULAIRE POUR L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE STANDARDISE 56
FORMULAIRE POUR L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE STANDARDISE – V 01.01.2026 57

1 Introduction au guide de l'utilisateur

1.1 Contexte

Les infections postopératoires ou infections du site chirurgical (Surgical Site Infection – SSI) représentent plus d'un quart des infections associées aux soins. Selon les estimations, entre 1 à plus de 20% des patients souffrent d'une telle complication après une intervention chirurgicale en Suisse. Les SSI entraînent une prolongation du séjour hospitalier et une augmentation des coûts, voir des décès. Même si des facteurs liés au patient et à la procédure chirurgicale ont aussi une influence déterminante sur leur survenue, ces infections peuvent en partie être évitées. Parmi les mesures de prévention, la surveillance joue un rôle important.

La surveillance épidémiologique des SSI est une méthode prospective de suivi des patients opérés dans le but de détecter et diagnostiquer les infections selon une méthode validée et basée sur des critères cliniques internationaux. Elle constitue une activité permanente de recueil, d'analyse, d'interprétation des données et de restitution de résultats.

Swissnoso, le Centre national pour la prévention des infections est mandaté par l'ANQ depuis le 1er juin 2009 pour exercer la surveillance prospective des infections du site chirurgical. Ce programme national a également obtenu le soutien de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société Suisse d'Infectiologie (SSI) et de la Société Suisse d'Hygiène Hospitalière (SSHH). Il correspond au premier module du projet Swiss Clean Care complété depuis par le module d'intervention consacré à la prévention des infections postopératoires, Swissnoso CleanHands, l'enquête de prévalence ponctuelle et le programme sur la sécurité du sondage vésicale.

1.2 Définition

On entend par SSI les infections de la peau, des tissus sous-jacents (y compris le fascia et les couches musculaires au niveau de l'incision) et des organes/espaces ouverts ou manipulés pendant l'opération, survenant dans les 30 jours après l'opération (ou 1 an si présence de matériel étranger).

1.3 Méthode de référence

La méthode de surveillance employée par Swissnoso est basée sur des recommandations et des expériences internationales, notamment sur le système du National Healthcare Safety Network (NHSN) et sur un programme multicentrique similaire implanté depuis 1998 en Suisse romande, au Tessin et dans un hôpital du canton de Berne.
Les points méthodologiques essentiels sont développés dans le chapitre suivant intitulé « description de la méthode de surveillance ».

1.4 Rendu des résultats

La communication des résultats constitue un élément central des programmes de surveillance. Chaque année, des rapports individualisés et spécifiques sont mis en ligne sur la Plateforme de Swissnoso et accessibles par chaque établissement via un Login protégé.
Ces rapports détaillés permettent aux institutions de se comparer de manière anonyme avec d'autres hôpitaux. Les résultats présentés sont ajustés à l'aide d'un indice de risque (NNIS/NHSN risk index) tenant compte des différences entre patients (case-mix). Les établissements sont encouragés à discuter de leurs résultats avec les personnes concernées et notamment celles des services de chirurgie afin d'identifier leur potentiel d'amélioration.
Depuis 2014, en collaboration avec Swissnoso, l'ANQ publie de manière transparente les résultats ajustés par hôpital (dans le présent guide, le terme "hôpital" est utilisé de manière générique et englobe tous les hôpitaux, cliniques et établissements participants) sur leur site internet. https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/
De plus, les résultats nationaux globaux et par type d'intervention sont préparés chaque année par Swissnoso en collaboration avec l'ANQ et disponible au téléchargement sur le site internet de l'ANQ : https://www.anq.ch/fr/telechargement/?category=3056

1.5 Validation

La validité des données recensées est liée à la qualité de la surveillance dans chaque établissement et représente un élément important dans l'interprétation des résultats. Swissnoso réalise depuis octobre 2012 des audits standardisés des établissements afin d'évaluer la qualité des processus de surveillance et des résultats de celle-ci. Les établissements reçoivent un rapport de validation personnalisé accompagné de recommandations pratiques. Le but poursuivi par Swissnoso est l'application homogène de la méthode standardisée de surveillance dans tous les établissements participant.
La méthode de validation est décrite sur le site de Swissnoso :
https://www.swissnoso.ch/fr/modules/ssi-surveillance/validation/

1.6 Hotline

Une Hotline est assurée par Swissnoso pour toute question liée à la méthode elle-même y compris l'évaluation de cas de suspicion d'infection. https://www.swissnoso.ch/fr/modules/ssi-surveillance/support/hotline.

1.7 Guide de l'utilisateur

Les informations méthodologiques et la documentation nécessaires à la mise en œuvre du processus de surveillance (voir description de la méthode de surveillance) sont présentées dans ce document.

Documentation générale
Le guide de l'utilisateur comprend un formulaire de saisie ou Case Report Form (CFR) pour la collecte des données si celle-ci est effectuée sur papier. A noter qu'il est recommandé de saisir les données directement dans la base de données en ligne. L'importation de données à partir

d'un système de gestion électronique du dossier patient est réalisable moyennant le paramétrage d'un outil mis à disposition par SwissRDL (Webservice).
Le guide contient 9 documents de référence qui servent au codage des variables du CRF, au diagnostic d'infection et au suivi après la sortie.

- N° 1 Formulaire de saisie (CRF)
- N° 2 Définition des variables du CRF avec exemples concrets
- N° 3 Liste et codes des interventions et durée opératoire de référence
- N° 4 Définition des classes de contamination I à IV
- N° 5 Liste et codes des antibiotiques et antifongiques
- N° 6 Type d'infection du site chirurgical
- N° 7 Critères de diagnostic des infections du site chirurgical
- N° 8 Liste et codes des micro-organismes
- N° 9 Entretien téléphonique standardisé

Documentation additionnelle
D'autres documents spécifiques et diverses définitions (Key Terms et documents N° 10 à 17) sont disponibles sur le site de Swissnoso: https://www.swissnoso.ch/fr/modules/ssi-surveillance/materiel/manuel-formulaires.

Auteurs : Eisenring M.C.[1], Perdrieu C.[1], Berthod D.[1], Troillet N.[1], pour Swissnoso

[1] *Hôpital du Valais (ICH-HVS), Sion*

2 Changements

Les changements principaux entre la version du 01.10.2024 et cette version du guide comprennent :

- Le changement du délai d'envoi du rappel par SMS/email avec le questionnaire FFU (page 10)
- Deux nouveaux codes pour la chirurgie cardiaque : Code 46 remplacement de valve et code 47 : Valvuloplasties (Document 3 – Liste et codes des interventions chirurgicales suivies par le programme Swissnoso, page 36)
- Suppression des codes concernant la chirurgie TAVI : 35.F1.23 *(abord transaortique)*, 35.F1.24, 35.F1.25, 35.F1.33 *(abord transaortique)*, 35.F1.34, 35.F1.35, 35.F1.43 *(abord transaortique),* 35.F1.44, 35.F1.45
- L'arrêt du suivi des infections incisionnelles superficielles à partir du 1er janvier 2026, (Document 6 – Type d'infection du site chirurgical, page 46)
- Ajout du Key Term #21 dans la section 3.4.1 Inclusion des cas
- Ajout des Key Terms #28, 29, 31 et 42 dans la section 3.4.4 Détection des cas d'infection et supervision
- La mise à jour de la liste des micro-organismes (Document 8 – Liste et codes des micro-organismes 01.01.2026, page 53)
- Mise à jour du formulaire de saisie des données (nouveau CRF et projet pilote).
- Clarification du critère C dans le Document 6 – Type d'infection du site chirurgical

3 Description de la méthode de surveillance des infections du site chirurgical

3.1 Participation et prérequis

Tout hôpital avec des activités chirurgicales peut participer au programme. Pour conduire la surveillance, l'établissement doit mettre à disposition du personnel compétent issu des soins infirmiers, si possible formé en prévention des infections/hygiène hospitalière. Les personnes en charge de la surveillance doivent obtenir un taux d'activité suffisant, estimé à 0.50 EPT (équivalent plein temps) pour environ 800-1'000 cas inclus par année. Le temps nécessaire à allouer à la surveillance dépend de la présence d'un système de gestion électronique du dossier patient, de l'accessibilité à la documentation médicale et de la complexité de la procédure chirurgicale suivie. Par exemple, la surveillance de la chirurgie du côlon-rectum, de la chirurgie cardiaque et du rachis est plus complexe et requiert plus de temps que celle des autres types de procédures.

L'établissement doit aussi désigner un médecin superviseur, idéalement un spécialiste de médecine interne ou un infectiologue. La supervision est estimée à 1 à 2 heures par mois et dépend du nombre et type d'interventions surveillées.

Afin de garantir leur autonomie, ces personnes ne doivent pas être rattachées au département de chirurgie ou au bloc opératoire. Le personnel administratif ne convient pas pour effectuer la surveillance, sauf et uniquement pour la saisie des données collectées sur la Plateforme Swissnoso. Toutes les personnes impliquées doivent avoir suivi la formation donnée par Swissnoso : https://www.swissnoso.ch/fr/modules/ssi-surveillance/ateliers/.

3.2 Procédures chirurgicales suivies

Depuis le 1er octobre 2021, le catalogue des interventions suivies par le programme a été adapté. Il comprend les procédures chirurgicales suivantes: appendicectomie, cholécystectomie, chirurgie du côlon, chirurgie du rectum, bypass gastrique (chirurgie bariatrique), césarienne, hystérectomies[1] (abdominales et vaginales), chirurgie du rachis (laminectomies), chirurgie cardiaque[2] (pontages coronariens, valves et autre chirurgie cardiaque), première prothèse de genou et de hanche en électif, et chirurgie vasculaire artérielle des membres inférieurs (VASCAMI). Les procédures incluses sont déterminées selon les définitions utilisées en Suisse pour les interventions chirurgicales (CHOP version 2026). Voir Document 3 – Liste et codes des interventions chirurgicales suivies par le programme Swissnoso de ce guide.

[1] La surveillance des hystérectomies comprend l'inclusion des hystérectomies effectuées par voie abdominale (Code 30) ET celles réalisées par voie vaginale (Code 31). Il n'est pas possible de les inclure indépendamment.
[2] La surveillance de la chirurgie cardiaque comprend l'inclusion des pontages coronariens (Code 44, 45), des remplacements de valves (Code 46), des valvuloplasties (code 47) et autres procédures chirurgicales (Code 43). Il n'est pas possible de les inclure indépendamment.

Selon les dispositions contractuelles en vigueur avec l'ANQ et Swissnoso, chaque hôpital participant doit inclure au moins 3 procédures chirurgicales choisies parmi le catalogue des interventions proposées. La surveillance de la chirurgie du côlon est obligatoire pour tous les hôpitaux qui pratiquent ce type de chirurgie. Seules les interventions nécessitant une hospitalisation doivent être incluses ; les interventions effectuées en ambulatoire ne sont pas à inclure dans la surveillance pour Swissnoso.

En plus des 3 types d'interventions choisis, l'inclusion des appendicectomies pratiquées sur des enfants et adolescents de moins de 16 ans (<16 ans) est exigée par l'ANQ quelle que soit la mission ou la typologie de l'établissement. L'âge pris en compte est celui au moment de l'intervention (jour de l'opération). Les appendicectomies effectuées chez des patients de 16 ans et plus seront classifiées comme des appendicectomies adultes. Pour les autres types de chirurgie, seules les interventions effectuées chez les plus de 16 ans (≥ 16 ans) sont inclues dans la surveillance. Pour une meilleure interprétation des résultats présentés dans le rapport annuel, il faudrait idéalement inclure au moins 30 cas par an. Cependant, tous les cas répondant aux critères d'inclusion de la méthode Swissnoso doivent être saisis dans la base, même si ce nombre est inférieur à 30. Si pour une raison, quelle qu'elle soit, un établissement n'est pas en mesure d'effectuer la surveillance d'une ou plusieurs interventions, une demande de dispense doit être envoyée à l'ANQ.

3.3 Information des patients

Tous les patients inclus dans la surveillance doivent être informés qu'ils peuvent être inclus dans un programme de surveillance ou que leurs données peuvent être utilisées pour des raisons de contrôle de qualité. Cette information peut être remise directement aux patients concernés ou intégrée dans la brochure d'accueil de l'établissement au chapitre sur la politique en matière de surveillance de la qualité des soins. Quel que soit le mode de communication choisi, les patients devraient avoir la possibilité de refuser de participer à ce programme. Comme il s'agit d'un programme d'amélioration de la qualité des soins, un consentement signé de la part du patient n'est pas requis. L'information du patient est de la responsabilité de l'établissement. Swissnoso propose des lettres d'information à titre d'exemple que l'institution peut adapter en fonction de leur type de surveillance et de leur contexte ainsi qu'un document d'information destinés aux hôpitaux.

3.4 Processus de surveillance

La méthode de surveillance développée par Swissnoso se base sur la méthode du National Healthcare Safety Network (NHSN) du CDC.[2,3] Celle-ci est expliquée en détail lors de la formation obligatoire dispensée 2x/année par Swissnoso (en allemand et en français). Le principe repose sur l'observation de l'évolution clinique des patients qui est activement et systématiquement surveillée **durant le séjour hospitalier et après la sortie de l'hôpital** jusqu'à 30 jours ou 90 jours si implantation de matériel étranger (chirurgie orthopédique, cardiaque, vasculaire ou du rachis). Ce suivi est effectué par du personnel qualifié formé

(formation Swissnoso obligatoire) et nécessite un accès à toute la documentation médicale y compris les résultats de laboratoires et les rapports de radiologie et d'histopathologie.

3.4.1 Inclusion des cas

L'inclusion des cas se base sur la consultation du programme opératoire et des urgences, ou éventuellement de la liste des entrées si celle-ci est exhaustive et en l'absence de cas non planifiés. Selon le système de gestion électronique des dossiers patients utilisé dans l'établissement, l'inclusion des cas peut être automatisée.
Quel que soit le système d'inclusion utilisé, celui-ci doit faire l'objet d'une évaluation afin de s'assurer de son exhaustivité et de l'absence de biais de sélection.

Les interventions chirurgicales, qu'il s'agisse d'une ré-opération sur le même site corporel et/ou organe ou d'une nouvelle intervention dans le même espace (par exemple cavité abdominale), qui ont lieu dans les 30 jours (ou dans l'année si implant) après une première opération ne doivent pas être incluses.

Lors d'interventions chirurgicales multiples, seule l'intervention chirurgicale principale doit être considérée pour décider de l'inclusion du cas. Des exemples sont donnés dans le document 2 ci-dessous (Type d'opération) et le document 16 Key Terms (KT#21).

Un contrôle de l'adéquation de l'inclusion et du codage de la procédure chirurgicale doit être effectué à l'aide la lecture systématique du rapport opératoire tout en tenant compte des critères d'inclusion ou d'exclusion ainsi que des spécificités présentées dans ce guide ainsi que dans le document N° 16 KEY TERMS.

D'autres critères d'exclusion spécifiques à chaque type d'intervention sont décrits dans le Document 3 – Liste et codes des interventions chirurgicales suivies par le programme Swissnoso.

D'autres documents (N° 10-15 et N°17) comprenant la description de l'intervention et les codes issus de la Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP) peuvent constituer une aide à la décision. L'ensemble de cette documentation est disponible sur le site Swissnoso : https://www.swissnoso.ch/fr/modules/ssi-surveillance/materiel/manuel-formulaires .

Les caractéristiques des patients et des interventions sont collectées pour chaque patient inclus. Le recensement des données liées à l'opération (date, durée de l'intervention, type de procédure chirurgicale, procédures multiples (chirurgie colorectale), présence d'implant, score de la Société Américaine d'Anesthésiologiste (ASA), technique chirurgicale, classe de contamination, prophylaxie antibiotique), nécessite un accès indispensable à la documentation médicale suivante: rapport opératoire, feuille ou rapport d'anesthésie, rapport histopathologique, notes des sages-femmes (césarienne).

3.4.2 Surveillance active de l'évolution des patients en cours d'hospitalisation

L'évolution clinique en cours d'hospitalisation est surveillée activement par la personne en charge de la surveillance qui recherche rétrospectivement dans la documentation médicale tout

signe clinique d'infection du site chirurgical selon la méthode standardisée. Lors de la formation obligatoire de Swissnoso, la méthode est présentée et comprend notamment la recherche et **l'évaluation systématique** de l'information médicale suivante :

- Administration d'antibiotique
- Examens en lien avec le site opéré : radiologiques, microbiologiques et autres examens de laboratoire (syndrome inflammatoire)
- Notes de suites médicales : évolution, traitement, examens, réopération
- Notes de suite des soins infirmiers : soins de plaies, plaintes du patient, surveillance des drains, courbe de températures
- Lettre de sortie médicale : traitement et suivi médical à la sortie
- Rapport des contrôles ou des visites ambulatoires si effectués.

3.4.3 Surveillance active de l'évolution des patients après la sortie : post discharge surveillance (PDS)

En plus de la surveillance de l'évolution en cours d'hospitalisation, la méthode implique une surveillance active après la sortie. Pour la chirurgie sans implant, les cas sont suivis jusqu'à 30 jours après l'opération. En cas de présence de matériel étranger, ils sont suivis jusqu'à 90 jours.

Cette surveillance active s'effectue à l'aide d'un entretien téléphonique standardisé, pratiqué par du personnel soignant formé ou à l'aide de l'outil numérique présenté ci-après.

Outil numérique pour le suivi

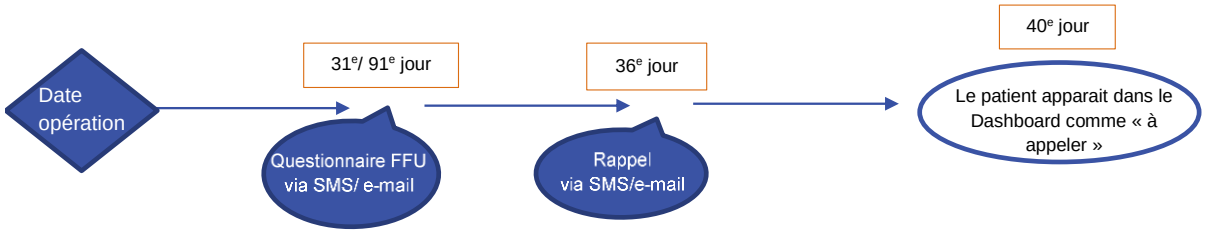
Depuis le 1er octobre 2021, le suivi après la sortie peut s'effectuer à l'aide d'un outil numérique permettant la collecte automatique des données du suivi pour tous les types d'intervention. L'utilisation de l'outil numérique est facultative mais recommandée par Swissnoso et l'ANQ car elle réduit la charge de travail.

Un questionnaire digital (dénommé FFU pour Filter Follow-up) comportant sept questions (quatre pour la chirurgie orthopédique) est envoyé automatiquement à partir de la plateforme de saisie des données aux patient-e-s 30 jours (pour les interventions sans implant) et 90 jours (pour les interventions avec implant) après l'opération, par SMS ou par e-mail. L'envoi automatique est techniquement possible seulement si les données sur l'admission et certaines données sur l'opération (date de l'opération, type d'intervention principale et présence d'un implant/substitut vasculaire ou non) sont complétées et si les coordonnées téléphoniques ou l'email du patient, le type de contact et la langue de notification sont renseignés. Si certaines réponses prédéfinies sont cochées (réponses comportant des éléments de suspicion d'infection identifiées par le système) ou en l'absence de réponse, un entretien téléphonique standard complémentaire doit alors être effectué. Un tableau de bord en ligne (Dashboard) liste les patient-e-s à contacter par téléphone et permet de suivre les actions menées. En l'absence de suspicion d'infection, les données du suivi (Follow-up) sont automatiquement complétées par le système. A noter que si les données sur la sortie n'ont pas été saisies (date de sortie et destination) préalablement, le CRF ne peut pas être verrouillé automatiquement.

Dashboard

Il est présenté en 2 parties distinctes :

1) Une première partie présentant les patients à appeler. Ces patients sont ceux :
   - Pour lesquels aucune information de contact n'a été entrée (téléphone portable ou email). Ces cas apparaissent au 31ème jour post-opératoire.
   - Qui n'ont pas répondu au questionnaire digital FFU après 9 jours (SMS/email initial + rappel après 4 jours). Ces cas apparaissent au 40ème jour post-opératoire.



   - Qui ont répondu au questionnaire FFU avec un élément de réponse indiquant une suspicion d'infection.
   - Pour lesquels le numéro de téléphone ou l'email comportait une erreur et le questionnaire FFU n'a pas pu être envoyé.

Les patients qui ont répondu dans les 9 jours suivant l'envoi du questionnaire et ont répondu par la négative à toutes les questions n'apparaissent pas dans le Dashboard.

2) Une deuxième partie présente les patients en cours de suivi. Il s'agit des patients se trouvant dans les situations listées ci-dessus ainsi que les patients pour lesquels le processus de suivi est terminé/complété.

NB : Les patients pour lesquels les données nécessaires pour enclencher le processus de FFU (date opération, type intervention, présence implant) n'ont pas été complétées n'apparaissent pas dans le Dashboard.

Un guide concernant l'utilisation de ce Dashboard est disponible en ligne sur le site de Swissnoso. Il contient des informations sur les actions possibles depuis le Dashboard et les explications concernant les statistiques disponibles (légende du graphique par exemple). Un document de questions-réponses fréquemment posées est également disponible.

L'envoi du questionnaire digital FFU nécessite que les coordonnées téléphoniques et/ou e-mail ainsi que le type de contact et la langue de notification souhaitée figurent dans le dossier du patient et soient saisies sur la plateforme dans les données démographiques où des champs ont été ajoutés. Ces données facultatives peuvent être consultées uniquement par l'hôpital concerné et l'administrateur/l'administratrice du module SSI. **Elles sont supprimées dès le verrouillage du cas et ne sont jamais intégrées dans la base de données**. Le modèle actualisé de la lettre d'information pour les patient-e-s ainsi qu'un document explicatif destiné aux hôpitaux sur les mesures à implémenter pour l'utilisation des coordonnées du patient (téléphone et email) sont disponibles sur le site de Swissnoso.

L'envoi du questionnaire digital FFU ne dispense pas de procéder à la recherche de tout évènement ou réhospitalisation survenus après la sortie de l'hôpital afin d'exclure une SSI. En cas de suspicion et même si le patient a répondu par la négative à toutes les questions du questionnaire FFU, l'interview standardisé doit être mené.

Entretien téléphonique standardisé

L'entretien téléphonique standardisé doit être pratiqué par du personnel soignant formé.

Afin d'obtenir une information fiable, les entretiens téléphoniques standardisés doivent être menés dans des délais raisonnables, soit au plus tard au 45-50ème jours pour le suivi à 1 mois et au 120ème jour pour le suivi à 90 jours. Afin de maximiser les chances de joindre le patient, il est recommandé d'effectuer les tentatives téléphoniques à des jours et heures différents.

Les éléments particuliers ou suspects qui se sont déroulés lors du séjour hospitalier, par exemple hématome, écoulement, douleurs, examens radiologiques postopératoires doivent être connus au moment du téléphone afin d'orienter d'éventuelles questions additionnelles. Il est également recommandé de consulter le questionnaire digital FFU avant le téléphone standardisé afin de prendre connaissance des réponses comportant des éléments de suspicion d'infection.

Tout évènement ou réhospitalisation liés à l'opération doivent être investigués afin d'exclure une SSI. Lors de suspicion, la personne en charge collecte les informations cliniques complémentaires permettant l'évaluation du cas en contactant le médecin traitant et/ou l'opérateur. Si le patient est suivi à l'hôpital de manière ambulatoire ou en cas de réhospitalisation, la documentation y relative doit être consultée. Si la réhospitalisation a eu lieu dans un autre établissement, un contact avec la personne en charge de la surveillance et/ou le médecin superviseur dans l'établissement en question doit être effectué. Il est accepté que le suivi après la sortie se fasse uniquement sur la base de la lecture des rapports de consultation chez le chirurgien pour autant que :

1) L'entretien téléphonique avec le patient ne soit pas réalisable (patient perdu de vue, plus de 5 tentatives téléphoniques infructueuses, etc.)

   ET

2) Que les rapports des consultations après la sortie décrivent les événements sur la totalité de la période de suivi du cas et qu'ils soient exhaustifs, c'est-à-dire qu'ils permettent de répondre à chacune des questions du formulaire téléphonique (les informations manquantes dans les rapports de consultations ne permettent pas de répondre « non » aux questions du formulaire). Les informations cliniques pertinentes en lien avec une suspicion d'infection sont brièvement recensées sur le rapport d'entretien téléphonique (chronologie, type d'évènements, conclusion des investigations).

Le rapport d'entretien téléphonique (Document 9 – Entretien téléphonique standardisé) dûment rempli est archivé avec le cas pendant 5 ans. Le nombre de tentatives d'appel (minimum 5,

même si cela fait suite au questionnaire de l'outil numérique) est recensé sur le document. Le document 9 est disponible et archivable en version électronique.

3.4.4 Détection des cas d'infection et supervision

La méthode de surveillance de Swissnoso enregistre les infections du site chirurgical qui touchent le fascia, la couche musculaire et les organes/espaces ouverts ou manipulés pendant l'opération et qui surviennent dans les 30 jours qui suivent l'intervention chirurgicale ou 90 jours si implant. Selon la définition du Centers for Disease Control and Prevention (CDC), les SSI sont réparties en fonction de la profondeur de l'infection: incisionnelle superficielle, incisionnelle profonde et d'organe/espace.

Depuis le 1er janvier 2026, seules les infections incisionnelles profondes et d'organe/espace sont à enregistrer dans la base de données Swissnoso. Voir Document 6 – Type d'infection du site chirurgical et Document 7 – Critères de diagnostic des infections du site chirurgical de ce guide. Si plusieurs plans anatomiques sont impliqués et atteints, la détermination du type d'infection, profonde ou organe/espace doit refléter l'infection la plus profonde.

Les infections incisionnelles profondes diagnostiquées avant la fin de la période d'observation désignée peuvent s'aggraver et toucher un organe, un espace ou une cavité articulaire. Ces cas doivent être suivis jusqu'à 30 resp. 90 jours (si implant) à l'aide de l'entretien standardisé ou de la documentation médicale (si celle-ci est complète) afin de s'assurer qu'ils ne se sont pas aggravés.

En chirurgie orthopédique, depuis le 1er octobre 2021, seules les infections d'organe/espace (infections de prothèse) sont à enregistrer. Des critères spécifiques pour le diagnostic de celles-ci sont listés dans le document 7 de ce guide.

Les infections du site secondaire en chirurgie cardiaque ne sont recensées que jusqu'à 30 jours après l'opération. Une infection se développant après 30 jours n'est pas recensée.

Les cas de suspicion doivent être présentés au médecin superviseur qui ne doit pas être l'opérateur lui-même. Avant la discussion, le cas de suspicion est préparé avec les informations cliniques pertinentes documentées par des notes manuscrites et photocopies, ou des notes électroniques. La présence de chaque critère CDC doit être recherché dans la documentation médicale et documenté. Après l'évaluation du cas, le médecin superviseur confirme ou infirme la présence d'une infection et valide le cas échéant le niveau et les critères de diagnostic. La date de diagnostic qui doit être recensée correspond à celle où le premier critère de diagnostic d'infection du site chirurgical est atteint (critère CDC). Voir document 2.

A des fins de traçabilité, la date et le résultat de la discussion, ainsi que le visa du médecin superviseur ou de la personne responsable sont apposés sur le CRF ou saisis électroniquement (base de données Online, autre fichier local).

Dans l'optique des visites de validation, tous les CRF et les cas infectés documentés doivent être archivés 5 ans (sous forme papier ou sous forme électronique).

3.5 Saisie des données

Les données sont saisies sur la Plateforme Swissnoso développée en collaboration avec SwissRDL. Les personnes en charge de la surveillance et les médecins superviseurs disposent d'un accès protégé par un mot de passe. Cet accès est révoqué après 6 mois d'inactivité (aucune connexion).
Les cas doivent être créés dans la base de données avant la fin du suivi à 30 ou 90 jours. Pour que le questionnaire numérique puisse être envoyé et le suivi des patients effectué dans les délais impartis par la méthode, les données concernant l'opération : date, type d'intervention, présence d'un implant/substitut vasculaire devraient être complétées également dans les 30 jours (respectivement 90 jours) après la date de l'opération.

3.6 Contrôle des données (data cleaning)

A plusieurs reprises durant la période de surveillance en cours, un rapport d'inventaire des données est mis à disposition en ligne. Deux tableaux montrent l'activité de surveillance dans votre établissement. S'ensuivent plusieurs listes de cas pour lesquels des données sont manquantes ou doivent être vérifiées pour des raisons de plausibilité ou doivent être impérativement verrouillés.
Il est de la responsabilité de l'établissement de vérifier, mettre à jour et verrouiller les cas après chaque mise à disposition des inventaires de la base de données et lors des derniers contrôles en fin de période de surveillance.

3.7 Références

Voir aussi la littérature du domaine sur le site de Swissnoso : www.swissnoso.ch.

1. Haley RW, Culver DH, White JW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985; 121:182-205
2. Horan TC. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infection. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13:606-608.
3. Mangram A & al. Guideline for prevention of surgical site infection. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999 ; 20 : 247-278
4. Emori TG. National nosocomial infections surveillance system (NNIS): description of surveillance methods. Am J Infect Control 1991; 19:19-35.
5. Culver DH. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure and patient risk index. National nosocomial infections surveillance system. Am J Med 1991; 91 (suppl B); 152S-157S.
6. Troillet N, Aghayev E, Eisenring MC, Widmer AF, and Swissnoso. First Results of the Swiss National Surgical Site Infection Surveillance Program: Who Seeks Shall Find. Infect Control Hosp Epidemiol 2017; 38:697-704.
7. Kuster SP, Eisenring MC, Sax H, Troillet N and Swissnoso. Structure, Process, and Outcome quality of Surgical Site Infection Surveillance in Switzerland. Infect Control Hosp Epidemiol 2017; 38:1172-1181.

4 Documents annexes :

Document 1 : Formulaire de saisie (CRF)

Document 2 : Définitions des variables du CRF

Document 3 : Liste et codes des interventions et durée opératoire de référence

Document 4 : Définition des classes de contamination I à IV

Document 5 : Liste et codes des antibiotiques et antifongiques

Document 6 : Type d'infection du site chirurgical

Document 7 : Critères de diagnostic des infections du site chirurgical

Document 8 : Liste et codes des micro-organismes

Document 9 : Entretien téléphonique standardisé

Document 1 – Formulaire de saisie (CRF)

Enregistrement du patient et données d'admission **A partir du 01.01.2026**

Numéro de CRF | PID

Seulement pour une utilisation interne à l'hôpital :

Nom | *Prénom*

Téléphone / / / | *Email*

Date de naissance (jj/mm/aaaa) / / | Sexe ☐ Homme ☐ Femme

Date d'admission (jj/mm/aaaa) / /

Données de l'opération

Date de l'opération / / | Score ASA

Intervention principale | Si **6** ou **281**, cancer colorectal ? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si 6 ou 281, opération principale combinée avec une autre procédure? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Type de seconde procédure *(plusieurs réponses possible)* :
☐ Chirurgie hépatique ☐ Appendicectomie (si non incluse dans la colectomie)
☐ Cholécystectomie ☐ Autre

Si 260, type d'incisions **(1 seule réponse possible)**
☐ Scarpa seul ☐ Scarpa + autre(s) incision(s)
☐ autre(s) incision(s) **sans** scarpa

Si 46 ou 47, type(s) de valve opérée ☐ aortique ☐ mitrale ☐ pulmonaire ☐ tricuspide

Opération planifiée ☐ oui ☐ non | Classe de contamination

Implant/substitut vasculaire ☐ oui ☐ non | Si oui, type(s) d'implant /substitut vasc.

Intervention par scopie ou minimal invasif
☐ oui (standard) ☐ non
☐ oui, NOTES/vNOTES
☐ Début en scopie puis poursuite en tomie

Début intervention (incision) hh min | Fin intervention (fermeture de la peau) hh min

Taille (cm) _____ ☐ inconnue | Poids _____ ☐ inconnu

Prophylaxie antibiotique par voie IV
☐ oui ☐ non
☐ déjà sous traitement antibiotique IV et **pas de changement de substance**
☐ déjà sous traitement antibiotique IV mais **administration d'une autre substance** à titre prophylactique

Prophylaxie antibiotique

Nombre d'antibiotiques administrés (prophylaxie ou traitement) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Antibiotique **1** (code) | Date / heure d'administration 1 / / hh min
→ **Si** ATB1 = 30,36,51,81,102: **dose administrée en mg**

Antibiotique **2** (code) | Date / heure d'administration 2 / / hh min
→ **Si** ATB2 = 30,36,51,81,102: **dose administrée en mg**

Antibiotique **3** (code) | Date / heure d'administration 3 / / hh min
→ **Si** ATB3 = 30,36,51,81,102: **dose administrée en mg**

→ **Si** ATB1, 2 ou 3 = 20,30,36,60,81,102,103 **admin. 2e dose per/op** ☐ oui ☐ non

Dernière Créatinine-Clearance avant OP (en ml/min) _____ ☐ inconnue | Date / /

Sortie et Données du suivi (Follow-up)

Date de sortie (ou décès) / /

Patient décédé durant l'hospitalisation ? ☐ oui ☐ non

Destination ☐ domicile ☐ autre hôpital de soins aigus ☐ centre de réadaptation ☐ EMS ☐ autre :

Date du suivi / / Durée du suivi ☐ 30 jours ☐ 90 jours

Réopération durant le suivi pour des complications **non infectieuses** (ex : saignement, 2nd look) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Infection

☐ **non, et suivi complet** / interview effectué

☐ **non, et suivi incomplet** / interview non effectué

☐ **non**, **patient décédé** avant la fin du suivi

☐ **oui** ***continuer***

Données sur l'infection (si présente)

Type d'infection du site chirurgical PRINCIPAL

☐ infection incisionnelle profonde

☐ infection d'organe et/ou d'espace

☐ aucune

Type d'infection du site chirurgical SECONDAIRE (chirurgie cardiaque et VASCAMI)

☐ infection incisionnelle profonde

☐ infection d'organe et/ou d'espace

☐ aucune

Date de diagnostic (jj/mm/aaaa) / /

Critères de diagnostic **B1** ☐ **B2** ☐ **B3** ☐ **C** ☐

Culture microbiologique ou PCR ☐ non ☐ oui, positive ☐ oui, négative ☐ inconnu

Micro-organisme 1 | Micro-organisme 2 | Micro-organisme 3

Type de résistance 1 | Type de résistance 2 | Type de résistance 3

(MRSA, VRE ; ESBL, ou EPC)

Réhospitalisation due à l'infection ☐ oui, même hôpital ☐ oui, autre hôpital ☐ non

Traitement de l'infection

☐ conservateur (pas de nouvelle opération, pas de drainage percutané, pas d'ouverture de la plaie)

☐ drainage percutané ou débridement de la plaie (pas au bloc)

☐ ablation de points ou d'agrafes

☐ nouvelle opération

Notes :

Addendum projet pilote - Nouvelles variables **A partir du 01.01.2026**

Numéro de CRF		PID	

Décolonisation intestinale préopératoire *(chirurgie colorectale)*

Décolonisation intestinale préopératoire	☐ oui	☐ non	☐ inconnu
Traitement	☐ Rifaximine	☐ Ornidazole	☐ Paromomycine+metronidazole
	☐ Neomycine+metronidazole	☐ Polymyxine B + tobramycine	
	☐ autre	☐ inconnu	
Durée du traitement avant l'opération ?	☐ Dose unique	☐ 1 jour	☐ >1 jour ☐ inconnu
Préparation mécanique de l'intestin	☐ oui	☐ non	☐ inconnu

Décolonisation préopératoire de *Staphylococcus aureus* *(chirurgie orthopédique, cardiaque et du rachis avec implant)*

Décolonisation préopératoire de *S.aureus* (Lavage du corps avec un désinfectant et/ou décontamination nasale)	☐ oui	☐ non	☐ inconnu

Méthode de décontamination

Lavage du corps avec une solution désinfectante	☐ oui	☐ non	☐ inconnu	
Substance utilisée	☐ chlohexidine	☐ iodine	☐ polyhexanide	☐ octenidine
	☐ autre	☐ inconnu		
Pendant combien de jours avant l'opération ?	☐ uniquement le jour de l'opération		☐ pendant 2 jours	
	☐ pendant plus de 2 jours		☐ inconnu	

Décontamination nasale	☐ oui	☐ non	☐ non car screening négatif	☐ inconnu
Substance utilisée	☐ mupirocine	☐ iodine	☐ polyhexanide	☐ octenidine
	☐ autre	☐ inconnu		
La décontamination a-t-elle été poursuivie après l'opération ?	☐ non		☐ oui, pendant 1 jour	
	☐ oui, pendant plus d'un jour		☐ inconnu	

Glycémie peropératoire *(chirurgie cardiaque)*

Glycémie mesurée **dans les 2h** avant incision	mmol/L	☐ Non disponible	
Date et heure de la mesure	/ /	hh min	☐ Date et heure inconnues
→ **Si > 8 mmol/L**, mesures prises ?	☐ oui	☐ non	☐ inconnu

Glycémie mesurée **entre 0 et 12h** après l'opération	mmol/L	☐ Non disponible	
Date et heure de la mesure	/ /	hh min	☐ Date et heure inconnues
→ **Si > 8 mmol/L**, mesures prises ?	☐ oui	☐ non	☐ inconnu

Document 2 – Définitions des variables du formulaire de saisie (CRF)

DONNEES D'ENREGISTREMENT DE L'ETABLISSEMENT	
Type d'établissement	Le type d'établissement est classé en 3 catégories. Pour un centre universitaire, noter 1 ; pour un hôpital public non universitaire, noter 2 ; et pour une clinique privée, noter 3. Il n'est pas possible de choisir une autre catégorie que les 3 décrites. Cette variable est obligatoire. Elle est saisie une seule fois au moment de l'enregistrement de l'hôpital dans la base de données sécurisée. **Exemple : Inselspital = 1.**
Nombre de lits totaux	Noter le nombre de lits dans votre établissement. Cette information permet de stratifier les établissements en fonction de leur taille. Des catégories sont créées au moment de l'analyse. Il faut prendre tous les lits de l'établissement aigus et chroniques. **Exemple : pour 125 lits, noter 125 ; pour 862 lits, noter 862.**
Nombre de lit pour la discipline chirurgicale	Noter le nombre de lits destinés à l'ensemble de la discipline chirurgicale adulte et enfants dans votre établissement. **Exemple : nombre de lits totaux = 150, nombre de lits chirurgicaux = 40.**

DONNEES D'ENREGISTREMENT DU PATIENT / DEMOGRAPHIE	
Numéro de code de l'établissement	Numéro attribué par Swissnoso à chaque établissement participant pour l'identifier de manière anonyme. **Exemple : Centre hospitalier Universitaire Vaudois=008**
Numéro de CRF *(Case Report Form)*	Numéro du CRF attribué automatiquement par le système informatique. Ce numéro est composé par le code de l'hôpital suivi d'une numérotation chronologique. **Exemple : patient X, code hôpital 001 ; numéro CRF 40 : 001- 40.** *Pour chercher un CRF il n'est pas nécessaire d'écrire le numéro entier, entrer « * » suivi du numéro de CRF. Exemple : *40 (au lieu de 001-40)*
Nom et prénom du patient *Vous pouvez utiliser un dito.*	Ces informations servent à l'identification du patient par l'établissement lui-même et **ne sont saisies que sur le CRF papier ou électronique (= formulaire).** Elles sont utilisées par l'enquêteur pour le suivi du patient. **Attention**, les formulaires papier/électroniques doivent être stockés conformément aux procédures en vigueur dans l'établissement et à la protection des données. **Exemples : Dupont Pierre-André; Schmidt-Dupont Marie-Angèle; Gerber Widmer Marlies.**

Date de naissance	Noter la date de naissance du patient inclus de la manière suivante : jour, mois, année = jj.mm.aaaa **Exemple : 24.04.1959.**
Age du patient	L'âge du patient est calculé automatiquement à partir de la date de naissance et la date d'admission. Cette variable est utilisée pour la description de la population étudiée, et pour l'analyse des facteurs de risques d'infection.
Sexe	Un genre est attribué au patient. Celui-ci correspond au sexe biologique de la personne. **Pour un sexe féminin sélectionner « Femme », et pour un sexe masculin sélectionner « Homme » lors de la saisie en ligne.**
Téléphone (CRF papier) *Vous pouvez utiliser un dito.*	Noter le numéro de téléphone avec l'indicatif. Cette information permet d'effectuer le suivi téléphonique standardisé à 1 mois ou à 90 jours lors d'implantation de matériel étranger comme une prothèse orthopédique. **Exemple : 027 603 47 00 ou 079 111 11 11.**
Téléphone/email (saisie en ligne pour l'envoi du questionnaire numérique FFU). *Champ optionnel***.**	Saisir le numéro de **téléphone portable** et/ou l'adresse email du patient. Ces informations permettent l'envoi automatique du questionnaire numérique au patient via SMS/email 1 mois ou 90 jours après l'opération. Cela permet aussi d'effectuer un suivi téléphonique en cas de réponse comprenant des éléments de suspicion (réponses déclenchantes nécessitant un entretien téléphonique standardisé). Cf. document explicatif sur les mesures à prendre pour l'utilisation des coordonnées du patient sur le site de Swissnoso.
Tel et email non disponibles. *Champ optionnel.*	Cocher cette case si le patient ne possède ni téléphone portable ni courriel ou s'il n'a pas souhaité transmettre/partager ces informations au moment de son admission.
Type de contact. *Champ optionnel.*	Sélectionner SMS ou email ou appel selon le canal choisi pour le suivi. Cette information permet l'envoi automatique du questionnaire numérique.
Langue de notification. *Champ optionnel.*	Sélectionner la langue souhaitée pour l'envoi du questionnaire numérique (email ou SMS). Cette variable est obligatoire pour l'envoi du questionnaire.

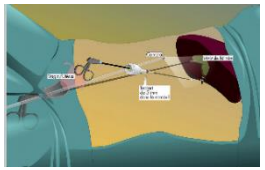
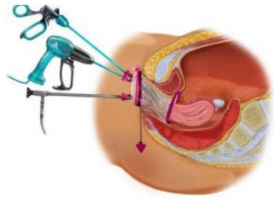
DONNEES DU FORMULAIRE DE SAISIE (CRF) – GENERAL		
Variables / Questions		**Définitions / Explications / Exemples**
ADMISSION	**Date d'admission**	Il s'agit de la date d'admission du patient dans l'établissement. A ne pas confondre avec la date d'admission dans le service de chirurgie. Il se peut que la date d'admission à l'hôpital diffère de la date d'admission dans le service de chirurgie. Cette date permet de calculer automatiquement les intervalles entre l'admission et l'opération, entre l'admission et la sortie ou un décès, et entre l'admission et la survenue d'une infection. Noter seulement la **date d'admission à l'hôpital** de la manière suivante : jour, mois, année = jj.mm.aaaa. **Exemple : pour un patient admis le 1er avril 2025, noter 01.04.2025.**
OPERATION	**Intervention principale**	Il s'agit de l'intervention principale qui a motivé l'inclusion du patient dans le programme. Sélectionner la catégorie à laquelle cette intervention appartient. Le choix de la catégorie permet de créer le formulaire spécifique à l'intervention correspondante. **Exemple : la patiente a subi une hystérectomie, sélectionner la catégorie « Gynécologie-obstétrique »**
	Date de l'opération	Il s'agit de la date de l'opération qui est incluse dans le suivi. Cette date permet de calculer automatiquement les intervalles entre l'admission et l'opération, et entre l'opération et l'infection si présente. Noter: jj.mm.aaaa. **Exemple: patient opéré le 15 avril 2025, noter 15.04.2025.**
	Opération planifiée	**Une opération planifiée est** une opération qui est **élective** et qui a été **programmée**, cela signifie que le **motif d'admission** du patient à l'hôpital est une **intervention chirurgicale prévue.** Si un patient **est admis pour d'autres motifs comme une maladie aiguë**, par ex. pour un infarctus, une cholécystite ou une sigmoïdite aiguës, et qu'il subit une **opération <u>en cours de séjour</u>** (exemple pontage ou substitution de valve, cholécystectomie, sigmoïdectomie), on considère dans ces situations que l'opération n'est **pas planifiée**. **Exemple :** admission pour une cholécystectomie en phase quiescente pour cholélithiase, noter opération planifié « oui ». **Exemple :** patient admis pour une appendicectomie, noter « non ». **Exemple :** patient admis le 01.01.2025 pour des douleurs abdominales dues à une cholécystite aiguë et **opéré en cours d'hospitalisation** le 04.01.2025, noter opération planifiée « non ». **Exemple** : Patient admis le 10.07.2025 pour une angine de poitrine puis transféré dans un autre établissement le 13.07.2025 pour subir un triple pontage coronarien le 16.07.2025, **noter opération planifiée « oui »**

DONNEES DU FORMULAIRE DE SAISIE (CRF) – GENERAL		
	Heure du début de l'opération (incision de la peau)	Il s'agit du début d'intervention, c'est-à-dire de l'incision de la peau. Noter l'heure du début de l'opération de la manière suivante : heureminutes = hhmm. **Exemple : une intervention qui débute à huit heures 25, noter ici 0825**. **Cas particulier : recensement du temps opératoire pour les procédures bilatérales avec deux voies d'abord chirurgical distinctes** effectuées l'une après l'autre lors du même temps opératoire, et pour lesquelles **2 CRF sont créés :** en l'absence du temps opératoire spécifique à chaque côté, il faut diviser le temps total de l'intervention en deux. **Exemple** : - Coup de bistouri à droite à 07h00 et fin de la suture côté gauche à 09h20. La durée opératoire totale est de 2h20, soit 140 minutes. - **CRF n° 1, côté droit** : début = 07h00 et fin à 08h10 (70 minutes = 140/2) - **CRF n° 2, côté gauche** : début = 08h10 et fin à 09h20 (70 minutes = 140/2)
	Heure de fin de l'opération (fermeture de la peau)	Il s'agit d'identifier l'heure de la fin de l'intervention qui correspond à la fermeture de la peau. La durée opératoire est calculée « peau à peau », c'est-à-dire du coup de bistouri au dernier point à la peau lors de la fermeture. Il est possible d'avoir cette information sur les feuilles d'anesthésie en cherchant les signes⦿et⦿qui correspondent au coup de bistouri et au dernier point à la peau. **Exemple : une opération qui se termine à dix heures 45, noter ici 1045.**
	Durée de l'intervention	Cette variable est calculée automatiquement avec les variables « heure de début et heure de fin ». La durée de l'intervention est ensuite comparée **automatiquement** à une valeur de référence pour le temps opératoire (T). Cette comparaison permet de déterminer si l'opération a duré plus longtemps ou pas que cette référence. *Voir* Document 3 — Liste et codes des interventions chirurgicales suivies par le programme Swissnoso. La durée de l'intervention (T) constitue un des 3 paramètres utilisés pour l'élaboration de l'indice de risque NNIS. Cet indice est calculé automatiquement.
	Score ASA	Il s'agit du score de l'American Society of Anaesthesiology. Ce score est attribué par les médecins anesthésistes lors de la visite pré-anesthésique ou au moment de l'opération. Ce score est en général noté sur la feuille d'anesthésie, et il faut s'y référer. Les valeurs du score ASA vont de 1 à 5. Le score ASA constitue un des 3 paramètres utilisés pour l'élaboration de l'indice de risque NNIS. Cet indice est calculé automatiquement. Si l'anesthésiste indique un score ASA 2-3, il faut noter le score le plus élevé. **Exemple : score ASA de 2, sélectionner ASA 2 dans la liste déroulante.**

DONNEES DU FORMULAIRE DE SAISIE (CRF) – GENERAL		
	Poids	Cette variable est facultative **sauf** pour la chirurgie cardiaque. **Le recensement du poids est indispensable pour le monitoring de l'antibioprophylaxie adaptée au poids. Il est recommandé de le saisir.** Le poids est un des paramètres pour calculer le Body Mass Index (BMI). Ne sont saisis ici que des nombres sans décimales. Il faut donc arrondir les chiffres à la valeur inférieure si ≤ 0.4 et à la valeur supérieure si ≥0.5 **Exemple :** 65.4 kilos, noter 65. Ex. 53.7 kilos, noter 54.
	Taille	Cette variable est facultative **sauf** pour la chirurgie cardiaque où elle est obligatoire. La taille est un des paramètres pour calculer le Body Mass Index (BMI). **Exemple : pour 168 (cm), noter 168.**
	BMI	Le body Mass Index (BMI) est calculé automatiquement dans la base de données selon la formule : poids / taille^2. Le BMI constitue un facteur de risque d'infection lors de l'analyse.
SORTIE	**Date de sortie (ou décès)**	Il s'agit de la date de sortie du patient de l'établissement (ou de son transfert du service de chirurgie dans un service de réhabilitation dans le même établissement), ou de la date de décès. Cette date permet de calculer automatiquement la durée de séjour (intervalle entre l'admission et la sortie/le décès). Noter la **date de sortie de l'hôpital (ou du décès)** de la manière suivante : jour, mois, année = jj.mm.aaaa **Exemple : pour un patient sorti le 27 avril 2025, noter 27.04.2025.**
	Patient décédé durant l'hospitalisation	Il s'agit d'indiquer si le patient est décédé avant sa sortie de l'hôpital. Si coché « oui », la variable « Destination » est alors désactivée. **Exemple : patient hospitalisé le 1er avril 2025 et opéré le 4 avril, puis qui décède le 8 avril 2025 durant son séjour à l'hôpital, cocher « oui »**.
	Destination	Préciser ici si le patient est parti à domicile ou dans un EMS, ou s'il a été transféré dans un autre hôpital de soins aigus ou un centre de réadaptation. Cette variable est désactivée si la réponse à la question précédente est cochée « oui ».

DONNEES DU FORMULAIRE DE SAISIE (CRF) – INTERVENTION PRINCIPALE		
	Type d'opération	Il s'agit de l'intervention principale qui a motivé l'inclusion du patient dans le programme. Un code lui est attribué selon le Document 3 – Liste et codes des interventions chirurgicales suivies par le programme Swissnoso. Il est important de vérifier si la procédure chirurgicale est incluse dans le système de surveillance en lisant le rapport opératoire. Il faut également vérifier que le code CHOP de l'opération en question est bien inclus dans la liste des interventions. **Exemple :** un patient subit une **cholécystectomie, noter 5.** **Cas particuliers :** • **Chirurgie colorectale :** Lorsque deux pièces distinctes (ou plus) sont réséquées, l'une devant être codée comme un côlon et l'autre comme un rectum, le cas doit être inclus en tant que chirurgie rectale (intervention principale = code 281) car le risque infectieux est plus élevé lors d'une chirurgie du rectum que du côlon. Saisir la chirurgie du colon comme seconde procédure (code 6). Si l'hôpital ne suit pas les rectums, le cas ne sera pas inclus dans la surveillance. • **Gynécologie-obstétrique : Hystérectomies :** La manière de coder l'ablation de l'utérus (30 pour l'hystérectomie par voie abdominale et 31 pour l'hystérectomie par voie vaginale) **dépend de la voie d'abord et de la technique chirurgicale utilisées pour la résection des structures à enlever.** De ce fait, elle ne dépend pas de l'endroit du corps de la patiente par lequel l'extraction de la pièce opératoire est effectuée. ○ **Hystérectomie laparoscopique par voie abdominale :** la totalité de la dissection de l'utérus et des structures avoisinantes (ligaments utéro-ovariens, larges, ronds, utéro-sacrés, espace vésico-utérin, préparation et section des vaisseaux utérins) se fait à l'aide des instruments glissés dans la cavité abdominale par les trocarts. L'extraction de la pièce opératoire totalement libérée peut s'effectuer par l'abdomen ou par le vagin qui a été ouvert (colpotomie). La suture du dôme vaginal a lieu par la cavité abdominale (voie laparoscopique). ○ **Hystérectomie par voie vaginale assistée par laparoscopie :** seule une partie de la dissection des structures pour libérer le corps utérin jusqu'à l'espace vésico-utérin est effectuée par l'abdomen. Puis une colpotomie est pratiquée par voie vaginale permettant la dissection du col de l'utérus (cervix) et la ligature et la section des ligaments utérosacrés et des vaisseaux utérins. La pièce opératoire est extraite par le vagin. Le péritoine et la colpotomie sont suturés par voie vaginale. *La voie d'abord pour la ligature (ou la cautérisation) et la section des vaisseaux utérins constitue l'étape décisive pour différencier une hystérectomie laparoscopique par voie abdominale (a) d'une hystérectomie par voie vaginale assistée par laparoscopie (b)* *a) ligature ou cautérisation et section des vaisseaux utérins par voie abdominale.* ***Code 30*** *b) ligature ou cautérisation et section des vaisseaux utérins par voie vaginale.* ***Code 31*** • **Chirurgie cardiaque** : au cours de la même intervention, un patient peut subir plusieurs types d'opération. Cocher dans la base tous les types d'opération applicables. Exemple : un patient subit un pontage coronarien avec un greffon veineux prélevé au membre inférieur ainsi qu'un pontage avec artère mammaire. Cocher dans la base : code 45 et code 46.

		• **Chirurgie orthopédique** : seules les prothèses de hanche et de genoux planifiées et non traumatiques sont incluses. Si dans les années qui précèdent la mise en place d'une prothèse, une ostéotomie de valgisation /varisation, ou une ostéosynthèse due à une fracture ont été effectuées, **et si** le matériel d'ostéosynthèse est toujours présent au moment de la mise en place de la prothèse, celle-ci ne doit pas être incluse. De même en cas d'implantation initiale de prothèse suite à un traumatisme provoquant une fracture (moins de 30 jours avant l'intervention) ou lors de fracture spontanée. Si le matériel d'ostéosynthèse a été retiré plus d'une année avant la mise en place de la prothèse, l'intervention peut être incluse • **Chirurgie du rachis** : Lors d'opérations multiples du rachis, dès lors qu'une spondylodèse/fusion vertébrale (ancien code 51) fait partie des interventions pratiquées, le cas doit être exclus. L'intervention principale ne pouvant être déterminée avec certitude. Exemple : intervention de laminectomie avec implant (code 50) et de fusion vertébrale (ancien code 51) = exclusion. Si ces 2 procédures sont effectuées sur des segments distincts et non adjacents, inclure l'opération portant sur le segment concerné par le code 50. Si lors de la même opération, deux zones distinctes et non adjacentes, par exemple au niveau de la troisième vertèbre dorsale et au niveau des vertèbres lombaires 4 et 5 sont opérées, il faut créer 2 CRF, noter le temps opératoire « peau à peau » spécifique à chaque procédure et suivre l'évolution des 2 sites opératoires séparément. Si lors de la même opération, deux sites opératoires adjacents sont concernés, par exemple les segments L1-L2 et D11-D12, on considère cette procédure comme un seul site chirurgical même en cas d'abord par 2 incisions distinctes. Dans ce cas créer 1 seul CRF. Lors d'opération du rachis comprenant simultanément 1 abord postérieur et 1 abord antérieur (cervical ou abdominal) et portant sur le même segment vertébral, créer 1 seul CRF et considérer une infection (si présente) qu'elle que soit l'incision. Lors d'opérations faites à dates différentes et si elles concernent des segments vertébraux non adjacents, par exemple au niveau cervical C5-C6 et au niveau lombaire L2-L3, les 2 interventions doivent être incluses. Lors d'opérations faites à dates différentes et si elles concernent des segments vertébraux adjacents, par exemple au niveau lombaire L2-L3 lors d'une première intervention et L4-L5 lors d'une seconde, la 2ème opération portant sur le segment L4-L5 ne doit pas être incluse • **Procédures bilatérales** identiques effectuées l'une après l'autre lors du **même temps opératoire** : créer 2 CRFs et suivre l'évolution du site opératoire droite et gauche indépendamment. (Voir **aussi les KT 7 et 18**). • **Procédures chirurgicales multiples** : seule l'intervention chirurgicale principale doit être considérée pour décider de l'inclusion du cas. **Exemple** :Hystérectomie avec ovariectomie dont le motif principal est une tumeur cancéreuse étendue de l'ovaire et qui nécessite également une *résection colique*. Ce cas ne doit pas être inclus comme un côlon, mais il doit/peut être inclus comme une hystérectomie si l'hôpital suit ce type d'intervention (dans ce cas coder : intervention principale=30, seconde procédure=6) **Exemple** : Duodéno-pancréatectomie (opération de Whipple : ablation de la tête et/ou le corps du pancréas, d'une section de la partie inférieure de l'estomac, du duodénum, d'une section du jéjunum, de la vésicule biliaire, du canal cholédoque et des ganglions lymphatiques avoisinants). Ce cas ne doit pas être inclus comme une cholécystectomie.

	Classe de contamination	Il s'agit de déterminer la classe de contamination de la plaie selon la classification d'Altemeier. Les classes sont échelonnées de I à IV en fonction du degré de contamination du champ opératoire : du plus propre (I) au plus sale (IV). **Voir le** Document 4 – Définition des classes de contamination I à IV – V 01.01.2026. **Exemple : chirurgie vasculaire artérielle des membres inférieurs** = classe I, **sélectionner I.** **Exemple :** une appendicectomie pour une **appendicite perforée** = classe IV, **sélectionner IV.** La classe de contamination constitue un des 3 paramètres utilisés pour l'élaboration de l'indice de risque NNIS. Cet indice est calculé automatiquement.
	Intervention par scopie ou minimale invasive	Il s'agit de déterminer si l'intervention s'est déroulée par laparoscopie **ou** avec une voie d'abord « minimale invasive » ou via la technique NOTES. Cette variable permet de définir les caractéristiques des interventions chirurgicales et des patients afin de déterminer le niveau de risque infectieux lors de l'analyse. **Exemple :** une voie d'abord classique (laparotomie) utilisée pour une cholécystectomie, **sélectionner « non ».** **Exemple :** un patient chez lequel on effectue une appendicectomie en laparoscopie, **sélectionner « oui (standard) ».** **Exemple :** hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie **(LAVH Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy)**, **Sélectionner dans la base de données : « oui (standard) »** **Exemple :** une sigmoïdectomie par laparoscopie qui se poursuit en tomie pour cause de complications, **sélectionner « début en scopie puis poursuite en tomie ».** Les méthodes opératoires utilisant les orifices naturels du corps comme voie d'abord **pour la chirurgie laparoscopique** sont appelées « natural orifice transluminal endoscopic surgeries » *(NOTES)*. Cela consiste à recourir à la voie d'abord transvaginal ou transanal comme **voie d'abord pour l'introduction du laparoscope** dans le cadre, par exemple, d'une cholécystectomie ou d'une sigmoïdectomie.  En plus de la voie d'abord transvaginal/transanal, un trocart supplémentaire de faible diamètre est parfois inséré via le nombril *(NOTES hybrides)* afin de faciliter la création du pneumopéritoine et le contrôle visuel interne. La majorité de la procédure est réalisée par l'orifice naturel. Figure : Voie d'abord transvaginal *(NOTES hybrides)* pour l'ablation de la vésicule biliaire (© Eucker 2012) **Exemple :** cholécystectomie **transvaginale, sélectionner « Oui : NOTES »** **Exemple** : Certaines hystérectomies vaginales sont, depuis récemment en Suisse, effectuées grâce à une nouvelle technique minimal-invasive vNOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, en français chirurgie endoscopique transluminale par l'orifice naturel du vagin). Cela signifie **qu'aucune incision cutanée** n'est requise et que tous les gestes sont effectués par l'orifice naturel du vagin y compris la laparoscopie.  **Sélectionner « Oui : vNOTES** Figure : Voie d'abord transvaginal (vNOTES) lors d'une hysterectomie vaginale (©Applied Medical)

		Lors d'intervention de chirurgie viscérale effectuée par laparoscopie, il arrive que l'extraction de la pièce anatomique réséquée soit réalisée à travers une mini incision (4 à 6 cm), généralement en position sus-pubienne (incision dite de « Pfannenstiel »), plus rarement en fosse iliaque droite. **Malgré la réalisation de cette incision, ceci est à considérer comme une intervention effectuée par laparoscopie. Scopie= « oui ».** Intervention effectuée par robotique/robot assistée : Il s'agit d'une technique opératoire mini-invasive assistée par ordinateur. Le système robotique est composé de la console du chirurgien, du chariot-patient porteur des bras articulés et de la tour d'imagerie similaire à une tour de laparoscopie. **Scopie= « oui »** En chirurgie cardiaque, la voie d'abord transapicale ou transaortique (sous-clavière) (TAVI : transcatheter aortic valve implantation), les autres voies d'abord antérolatérales, et les mini-sternotomies ou mini thoracotomies avec une ouverture partielle supérieure du sternum, sont considérées comme « **minimale invasive** ». **Sélectionner = « oui » dans la base de données.** Lors de la pose de prothèse de hanche : **la voie d'abord antérieure de Hueter (décubitus dorsal) et antérolatérale de Röttinger (décubitus latéral)** sont des approches qui suivent les principes d'une procédure « mini-invasive » : préservation des muscles et tendons rencontrés lors de l'approche sur la capsule articulaire. **Ces approches antérieures « AMIS » (Anterior Minimally Invasive Surgery) sont considérées comme une procédure minimale-invasive. Sélectionner = « oui » dans la base de données.** ***NB :*** *Les autres approches qualifiées de minimal invasives (voie postérieure, latérale ou double incision) sont seulement des techniques réduisant l'incision cutanée et sont associées à des endommagements des muscles et/ou des tendons. Ces dernières ne sont* ***pas*** *considérées comme minimales invasives mais comme « des techniques conventionnelles ».* **Sélectionner = « non » dans la base de données**
Chirurgie colorectale	**Opération principale combinée avec une autre opération par la même incision ?**	Il s'agit d'une 2ème procédure chirurgicale effectuée en même temps que l'intervention principale. **Exemple : Rectosigmoïdectomie avec cholécystectomie. Cocher « oui »** **Exemple : Résection iléo-caecale avec appendicectomie. Cocher « non »**
	Quel(s) type(s) de procédure secondaire	Plusieurs réponses sont possibles, cocher les procédures secondaires effectuées durant le même temps opératoire que l'intervention principale. **Exemple : Rectosigmoïdectomie avec cholécystectomie**
	Cancer colorectal	Cette variable permet de recenser la présence d'une tumeur cancéreuse **au niveau de l'organe opéré** lors d'intervention chirurgicale portant sur le côlon (6) ou sur le rectum (281) exclusivement. Cette information permet d'améliorer l'ajustement du case-mix. **Exemple** : si résection du rectum pour une tumeur maligne du moyen rectum, **noter « oui » à la question sur la présence de cancer colorectal.** **Exemple** : un patient est opéré d'une hémicolectomie droite. L'examen histopathologique conclut à une tumeur maligne du côlon, **noter « oui »**

Chirurgie. cardiaque	**Valve(s) opérée(s)**	Lors de valvuloplastie (code 47) ou de remplacement de valve cardiaque (code 46), veuillez indiquer le ou les types de valve(s) concernée(s) par l'opération : valve aortique, mitrale, pulmonaire ou tricuspide. Plusieurs réponses possibles
VASCAMI	**Type d'incision**	Pour la chirurgie vasculaire artérielle des membres inférieurs, indiquer la/les voie(s) d'abord : - Scarpa seul : incision du triangle de Scarpa sans autre(s) incision(s) distale(s) - Scarpa + autre(s) incision(s): Incision du triangle de Scarpa complétée par d'autre(s) incision(s) latéro-distale(s) - Autre(s) incision(s) sans Scarpa: incision(s) d'un/des site(s) anatomique(s) de la jambe sans que le triangle de Scarpa soit incisé. **Exemple** : un patient subit un pontage vasculaire poplité, ayant pour voies d'abord une incision inguinale et une incision en-dessous du genou, **sélectionner « Scarpa + autre(s) incision(s) »** En cas d'infection, les champs «type d'infection du site chirurgical principal » et «type d'infection du site chirurgical secondaire » sont automatiquement activés en fonction de la réponse donnée sur le type d'incision.
Chirurgie avec implant	**Implant/Substitut vasculaire**	Sont considérés comme des implants en **chirurgie orthopédique** : les **prothèses** de hanche et de genoux ; en **chirurgie cardiaque** : valves cardiaques (biologiques ou mécaniques), « patches » et **fils métalliques de fermeture de sternotomie** (cerclage), dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV), **en chirurgie du rachis** : prothèses discales, « spacer » interépineux ou autres dispositifs médicaux, en **chirurgie vasculaire** : greffe autologue, allogreffe (ou homogreffe), prothèses synthétiques et greffon vasculaire hybride, **voir aussi le Document 17**. **Exemple :** pontage vasculaire fémoral avec greffe autologue, implant **sélectionner « oui ».** **Exemple :** pontage coronarien par sternotomie, implant **sélectionner « oui » si fermeture du sternum avec des fils métalliques (cerclage)** **Exemple :** remplacement ou mise en place d'une valve cardiaque mécanique ou biologique **,** implant **sélectionner « oui ».**
	Type d'implant	Recensement du type d'implant en chirurgie cardiaque (cerclage, valves, patch, dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV), autre), en chirurgie du rachis (prothèse discale, spacer, autres dispositifs médicaux) et en chirurgie vasculaire (greffe autologue, allogreffe et xénogreffe, prothèses synthétiques, greffon vasculaire hybride, voir aussi le Document 17. Lors d'intervention de chirurgie cardiaque, il est possible d'avoir plus d'un type de matériel étranger implanté durant la même opération. Par exemple des fils métalliques pour fermer la sternotomie (cerclage) et la mise en place d'une valve cardiaque mécanique ou biologique pour une insuffisance des valves mitrale ou tricuspide. Dans la base de données il est possible de sélectionner plusieurs réponses, sélectionner toutes celles qui s'appliquent.

DONNEES DU FORMULAIRE DE SAISIE (CRF) – PROPHYLAXIE ANTIBIOTIQUE		
	Variables / Questions	**Définitions / Explications / Exemples**
	Prophylaxie antibiotique par voie IV	Il s'agit d'indiquer si le patient a reçu une prophylaxie antibiotique par voie intraveineuse dans les 24 heures avant incision et jusqu'à la fin de l'opération. Il se peut que le patient reçoive un traitement antibiotique pour traiter une infection déjà présente avant l'opération. Il s'agira alors de préciser si un autre antibiotique à titre prophylactique a été administré avant l'opération. **Exemple :** le patient n'était pas sous traitement antibiotique et reçoit Céfuroxime + métronidazole avant son opération de chirurgie colorectale**, sélectionner « Oui ».** **Exemple** : Un patient atteint de cholécystite aigüe lithiasique de grade II reçoit un traitement par Ceftriaxone 2g dès son entrée à l'hôpital, il est opéré le lendemain et reçoit une nouvelle dose de Ceftriaxone 1h avant l'opération, **sélectionner « Déjà sous traitement antibiotique IV et pas de changement de substance »** dans la base de données. **Exemple :** Un patient atteint d'endocardite infectieuse est traité par Ceftriaxone 2g/j. Il est opéré avant la fin du traitement antibiotique et reçoit une nouvelle dose de Ceftriaxone 1h avant l'opération et de la vancomycine par voie intraveineuse 2h avant l'opération, **sélectionner « Déjà sous traitement antibiotique IV mais administration d'une autre substance à titre prophylactique ».** **Exemple :** Un patient opéré d'une cholécystectomie ne reçoit aucun antibiotique dans les 24 heures avant incision jusqu'à la fin de l'opération, **sélectionner « Non ».**
	Nombre d'antibiotiques administrés (prophylaxie ou traitement)	Il s'agit du nombre d'antibiotiques administrés par voir intraveineuse dans les 24 heures avant incision et jusqu'à la fin de l'opération, sans différencier s'il s'agit d'une thérapie ou d'une prophylaxie.
	Premier antibiotique utilisé	Cette variable permet de décrire le type d'antibiotique administré au patient subissant une opération, et de la corréler au moment de son administration. Il s'agit **uniquement** de la **dernière dose** d'antibiotique administrée par voie intraveineuse dans les **24 heures avant l'incision** et jusqu'à la **fin de l'opération,** sans différencier s'il s'agit d'une thérapie ou d'une prophylaxie. Il faut noter ici le code selon le Document 5a – Liste et codes des antibiotiques et antifongiques**.** **Exemple :** administration de Kefzol® (Céfazoline) au bloc opératoire, **noter 30** ; administration d'Augmentin® (Amoxicilline + Clavulanate), **noter 20.** Lors de l'administration de plusieurs substances, il faut les noter successivement dans « premier antibiotique utilisé, puis « deuxième antibiotique utilisé » puis éventuellement « troisième antibiotique utilisé ». **Exemple :** Flagyl® (Métronidazole) et Rocephine® (Ceftriaxone), **noter 103 et 35.**

	Date et heure de la dernière dose avant incision	Pour chaque antibiotique, notez la date et l'horaire **du début** de l'administration au format hhmm de **la dose la plus proche de l'incision cutanée** administrée dans les **24 heures avant l'incision** et jusqu'à la **fin de l'opération,** sans différencier s'il s'agit d'une thérapie ou d'une prophylaxie. Si plusieurs doses du même antibiotique ont été administrées dans ce même laps de temps et si l'antibiotique administré est codé 20, 30, 36, 60, 81, 102 ou 103, saisir l'heure d'administration de la dernière dose avant l'incision dans ce champ et répondre « oui » à la question « Administration d'une 2ème dose pendant l'opération ? » (voir ci-dessous). **NB : Dans le cas de procédures bilatérales dans le même temps opératoire, s**i une seule dose d'antibiotique a été administrée, le recensement de l'heure d'administration de la prophylaxie antibiotique correspond à **l'heure réelle** à laquelle l'antibiotique a été administré. Ceci signifie que l'heure d'administration doit être identique pour les deux côtés et donc pour le CRF n° 1 et le CRF n° 2. **NB** : **Dans le cas d'une perfusion d'antibiotique** indiquer comme heure d'administration le début de la perfusion
	Dose du premier antibiotique (mg)	**Si** l'antibiotique administré est **codé 30, 36, 51, 81 ou 102**, veuillez indiquer la dose administrée en milligrammes (mg). **Exemple:** Administration de 2g de Kefzol (Cefazoline=30): noter 2000 mg. Le système va évaluer **automatiquement** si le dosage est adapté au poids. **NB:** si le poids n'est pas disponible ou si vous ne souhaitez pas participer à ce monitoring, vous pouvez cocher «poids inconnu».
	Deuxième et troisième antibiotique utilisé	Procéder comme pour le premier antibiotique utilisé
	Dernière clairance de la créatinine disponible avant l'OP en ml/min	A remplir uniquement pour les antibiotiques codés 20, 30, 36, 60, 81, 102 ou 103. Il s'agit de la clearance de la créatinine (taux de filtration glomérulaire (GFR) estimée selon la méthode MDRD ou calculée selon la formule CKD-Epi). Elle est catégorisée de la manière suivante : >50 ml/min, 20-50 ml/min et <20 ml/min. Critères de choix par ordre de priorité : 1. Considérer la valeur préopératoire calculée durant l'hospitalisation en cours ou durant la visite pré-anesthésique dans les 2 semaines précédant l'hospitalisation, la plus proche de l'intervention chirurgicale 2. Si aucune valeur préopératoire n'a été calculée durant l'hospitalisation en cours ou durant la visite pré-anesthésique dans les 2 semaines précédant l'hospitalisation, considérer la valeur postopératoire la plus élevée 3. Si aucune valeur de l'hospitalisation en cours n'est disponible, considérer la meilleure valeur calculée dans l'année qui précède si cette information est facilement disponible. Si cela n'est pas le cas, cocher « **Inconnu** ». Lors de la saisie dans la base de données, le système va utiliser par défaut la valeur >50ml/min pour effectuer le monitoring.
	Date de la dernière clairance de la créatinine	Il s'agit de la date de la dernière clairance de la créatinine mesurée avant l'opération, selon critères de choix ci-dessus. Entrer la date au format jj.mm.aaaa

	Administration d'une 2ème dose pendant l'opération ?	A remplir uniquement pour les antibiotiques codés 20, 30, 36, 60, 81, 102 ou 103. Il s'agit d'indiquer ici si une 2ème dose de l'antibiotique a été administrée en prophylaxie **durant l'opération.** Si plusieurs antibiotiques ont été administré, répondre à cette question indifféremment qu'il s'agisse du premier, du 2ème ou du 3ème antibiotique**.** Le système va évaluer **automatiquement** si une deuxième dose de l'un des antibiotiques administrés était nécessaire.
DONNEES DU FORMULAIRE DE SAISIE (CRF) – SUIVI		
	Variables / Questions	**Définitions / Explications / Exemples**
	Date du suivi	Cette information permet de déterminer dans quel délai l'interview **ou** le suivi clinique a été effectué. Ceci est utile pour la personne effectuant la surveillance. Ce suivi peut être effectué à l'aide de l'envoi automatique du questionnaire digital FFU, dans ce cas la date est automatiquement complétée avec la date à laquelle le patient répond au FFU. **A noter** qu'il doit toujours avoir lieu à >30 jours pour la chirurgie sans implant et à >90 jours pour la chirurgie avec implant et la chirurgie VASCAMI. Ces suivis doivent être menés dans des délais raisonnables, soit au plus tard au 45-50ème jours pour le suivi à 1 mois et au 120ème jour pour le suivi à 90 jours.
Suivi	**Réopération durant le suivi pour complications <u>non</u> infectieuses**	Il s'agit des réopérations (réinterventions) qui se sont déroulées dans le mois/les 3 mois. Elles peuvent être effectuées pour des complications **non infectieuses ou pour un second look planifié.** *<u>Attention, il ne s'agit pas ici de réopérations pour cause d'infection</u>.* Lors d'une première opération, particulièrement avec une classe de contamination IV, il est parfois délibérément décidé de planifier dans les jours qui suivent une intervention dite de « second look » pour compléter le traitement. Celle-ci a lieu dans le même espace que la première et consiste par exemple à laver/rincer la cavité abdominale et/ou à vérifier la viabilité de segments de l'intestin et/ou à s'assurer de l'étanchéité de/s anastomose/s et/ou à fermer secondairement l'abdomen. Ces interventions impliquent une incision de la peau. Une mobilisation d'une articulation sous anesthésie n'est donc pas considérée comme une nouvelle opération. **Exemple :** un patient opéré d'une cholécystectomie le 01.04.2025 est repris en salle pour une hémorragie, **cocher « oui »** **Exemple :** 2 jours après une sigmoïdectomie effectuée en urgence pour diverticulite perforée (classe IV), reprise au bloc opératoire pour un second look, **cocher « oui** » Si vous n'avez pas objectivé l'information, **cocher « inconnu ».** **Réopération pour des motifs non infectieux et survenue d'une infection :** Durant la période de suivi (30 jours / 90 jours) d'un cas initialement inclus par l'hôpital, une infection du site chirurgical peut survenir **après** qu'une **réopération pour des complications <u>non</u> infectieuses** ait été effectuée. Dans ce cas, il n'est pas possible d'attribuer avec certitude l'infection à la première opération ou à la deuxième (réopération). L'infection est néanmoins recensée pour autant que le diagnostic soit posé durant la période de suivi de la première intervention même s'il n'est pas possible de dire à quelle intervention l'infection est due.

Infection	**Infection du site chirurgical**	Si le patient n'a pas d'infection **après un suivi complet à 30 jours** (ou à 90 jours pour la chirurgie avec implant et VASCAMI), il **faut cocher « Non et suivi complet/interview effectué »**. Si le patient n'a pas d'infection mais le suivi n'a **pas été complété à 30 jours** (ou à 90 jours pour la chirurgie avec implant et VASCAMI), il faut cocher **« Non et suivi incomplet /interview non effectué ».** **En l'absence d'infection** diagnostiquée, la saisie des données sur le cas est complète. Important : Depuis le 1er janvier 2026, les infections incisionnelles superficielles **ne sont plus** à enregistrer pour Swissnoso. **Pour la chirurgie orthopédique : depuis le 1er octobre 2021,** seules les infections **d'organe/espace (infections de prothèse)** sont à enregistrer. **Exemple** : 15 jours après une césarienne, une infection superficielle de l'incision cutanée a été diagnostiquée et le suivi jusqu'à 30 jours, complet, n'a pas montré de péjoration de cette infection, **cochez « Non et suivi complet/interview effectué** » Si le patient a développé une infection à 30 jours (ou à 90 jours si implant ou VASCAMI), il faut **cocher « oui »** et poursuivre la saisie des données en répondant aux questions jusqu'à la fin du questionnaire. **Exemple :** une infection incisionnelle profonde a été diagnostiquée 15 jours après une appendicectomie, **cocher « oui ».** **Nota bene:** - Les infections incisionnelles profondes diagnostiquées avant la fin de la période d'observation désignée peuvent s'aggraver et toucher un plan anatomique plus profond voir un organe, un espace ou une cavité articulaire. **Ces cas doivent être suivis jusqu'à 30 jours/90 jours** à l'aide de l'entretien téléphonique ou de la documentation médicale (si celle-ci est disponible et complète) afin de s'assurer qu'ils ne se sont pas aggravés. - Lorsqu'une intervention initiale de chirurgie abdominale est effectuée alors qu'une infection est déjà présente (classe de contamination IV) et qu'une infection profonde survient ultérieurement au niveau de l'incision, cette infection doit être considérée selon les critères du CDC, quel que soit son délai d'apparition après l'intervention initiale. - Par contre, une infection d'organe/espace après une intervention abdominale initiale en classe IV ne sera à considérer selon les critères du CDC que si elle survient au 6ème jour ou plus tard (jour de l'opération = jour 0) après l'intervention initiale. Des éléments suggérant une infection d'organe/espace dans les 5 premiers jours postopératoires sont encore à considérer comme l'évolution de l'infection initiale et non pas comme une infection du site chirurgical. - **Une fuite ou un lâchage de suture anastomotique,** visualisés lors d'un examen radiologique ou lors d'une réintervention, **correspondent <u>toujours</u> à une infection d'organe/espace même si les autres critères d'une infection ne sont pas (encore) atteints <u>et même</u>** si la fuite ou le lâchage anastomotique survient dans les 5 jours après l'opération. Voir aussi le Document 7 – Critères de diagnostic des infections du site chirurgical

	Type d'infection du site chirurgical PRINCIPAL	Cette variable permet de catégoriser les infections en infection incisionnelle profonde ou d'organe et ou d'espace selon les Documents 6 et 7 (page 46 et 47). Si plusieurs plans anatomiques sont impliqués et atteints, la détermination du type d'infection profonde ou d'organe/espace doit refléter l'infection la plus profonde. Si plusieurs incisions sont effectuées lors de la **même procédure chirurgicale**, par exemple lors de chirurgie laparoscopique, lors de colostomie ou lors de la pose d'un drain, et que celles-ci s'infectent, il faut considérer le niveau d'infection le plus profond quelle que soit l'incision. Les **endométrites**, les **endocardites**, les infections de prothèse orthopédique et les infections du moignon vaginal sont considérées comme des **infections d'organe/espace si** elles répondent aux critères B spécifiques. Voir Document 7 – Critères de diagnostic des infections du site chirurgical et les critères spécifiques B pour une infection d'organe/espace L'infection du sternum = **sternite** après **chirurgie cardiaque** est une infection incisionnelle **profonde**. Une **médiastinite** après chirurgie cardiaque est une infection **d''espace/organe**
	Type d'infection du site chirurgical SECONDAIRE	Cette variable s'active uniquement si l'intervention principale est une chirurgie cardiaque ou VASCAMI Les infections du site secondaire ne sont recensées que jusqu'à 30 jours après une opération de chirurgie cardiaque (prise du greffon veineux à la jambe ou artériel à l'avant-bras). Une infection se développant après 30 jours n'est pas recensée. Les infections du site secondaire suite à une chirurgie vasculaire artérielle des membres inférieurs sont recensées, comme les infections du site principal, jusqu'à 90 jours après l'opération. Les infections du site chirurgical secondaire sont catégorisées en infection incisionnelle profonde ou d'organe et ou d'espace selon les Documents 6 et 7 (page 46 et 47) **Exemple :** infection incisionnelle profonde du site de prélèvement de la veine périphérique lors de pontage coronarien avec prise de greffon veineux, diagnostiquée dans les 30 jours après l'intervention. **Exemple** : infection d'organe/espace diagnostiquée dans les 90 jours après une intervention de chirurgie vasculaire artérielle des membres inférieurs lorsque le site d'incision est autre que Scarpa (=site secondaire).
	Date de diagnostic de l'infection	Il s'agit de la date de diagnostic de l'infection selon les critères du CDC (Document 7 – Critères de diagnostic des infections du site chirurgical). La date qui doit être recensée correspond à celle à laquelle **le premier critère de diagnostic d'infection du site chirurgical est complètement rempli**, et non à la date de consultation chez le médecin, qui peut être ultérieure aux symptômes. **Exemple :** un patient opéré d'une appendicectomie le 1er avril 2025 revient à l'hôpital **5 jours après sa sortie**. Il se plaint de douleurs et présente une déhiscence de la plaie ainsi que de la fièvre depuis 2 jours. La date de diagnostic correspond à la **date d'apparition des symptômes = 04.04.2025.** **Exemple :** un patient opéré d'une appendicectomie revient à l'hôpital **2 jours après sa sortie**. Il se plaint de douleurs abdominales et de fièvre. Un CT-scan est effectué et met en évidence la présence d'un abcès intra-abdominal, il est repris au bloc le jour-même. La date de diagnostic correspond à la date du scanner abdominal qui permet déjà de valider le critère B3 pour une infection d'organe/espace**.**

	Critères CDC	Cette variable permet de déterminer sur quels critères cliniques le diagnostic d'infection est basé. Il faut se référer au Document 7 – Critères de diagnostic des infections du site chirurgical **et les critères spécifiques** pour l'endométrite après césarienne, l'endocardite après chirurgie cardiaque, une infection associée à une prothèse orthopédique (hanche et genou) et pour une infection du moignon vaginal après hystérectomie**.** **Exemple :** après une sigmoïdectomie pour diverticulose, un patient se plaint de douleurs abdominales importantes. Un CT-Scan met en évidence une collection abdominale et le patient doit être réopéré, **cocher B3 (pour une infection d'organe et d'espace)**. **Exemple :** suite à une appendicectomie pour appendicite aiguë, une patiente consulte le service des urgences de l'établissement pour des douleurs au niveau de sa plaie et une tuméfaction. Le médecin qui la reçoit diagnostique une infection incisionnelle profonde et procède à une réouverture délibérément pour drainage et effectue une culture de l'écoulement purulent. **Cocher B1 + B2 (pour une infection incisionnelle profonde)**. **Exemple :** dans sa lettre de sortie, le chirurgien précise « abcès de paroi », **cocher C.** **Voir aussi le Document 7** – Critères de diagnostic des infections du site chirurgical.
	Culture microbiologique ou PCR	Cette variable sert à déterminer si une culture de plaie a été faite chez le patient pour lequel une infection a été diagnostiquée, et de connaître son résultat. Une culture positive obtenue de façon aseptique est une culture faite à partir d'un prélèvement effectué de manière à prévenir l'introduction d'organismes des tissus avoisinants dans l'échantillon collecté et pas nécessairement à partir d'un site corporel normalement stérile. Un frottis d'écoulement, réalisé dans de bonnes conditions peut ainsi être pris en compte**.** La méthode d'identification de micro-organisme(s) à l'aide d'une méthode ou d'un test autre que la culture est admise. **Exemple :** une culture d'une plaie incisionnelle profonde a été effectuée ; son résultat est « stérile », **cocher « Oui, négative».**
	Micro-organisme 1	Cette information est utilisée pour décrire le type d'agents infectieux à l'origine des infections du site chirurgical. Se référer au Document 8 – Liste et codes des micro-organismes 01.01.2026. **Exemple :** culture positive à *Staphylococcus aureus*, **noter 1** **Exemple :** culture positive à *Escherichia Coli*, **noter 20**
	Type de résistance du MO1	Sélectionner le type de résistance du le micro-organisme 1, le cas échéant. Le choix des types de résistance s'adapte en fonction du micro-organisme sélectionné au champ précédent. Certaines Entérobactéries (*E. Coli, Klebsiella, Proteus, Serratia, Enterobacter* et autres *Enterobacteriaceae*) produisent des enzymes (carbapénèmases) qui inactivent les carbapénèmes (imipénème, méronème, ertapénème). D'autres mécanismes induisant une résistance aux carbapénèmes existent. Ne sont concernés par cette résistance (EPC) que les bactéries productrices de carbapénèmases. ESBL : bactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi résistantes à toutes les pénicillines, les céphalosporines y compris celles de la 3ème génération (exemple Ceftazidime) et à l'Aztreonam. VRE : Entérocoques résistants à la vancomycine. Si une bactérie présente deux caractéristiques de résistance: ESBL et EPC, recenser uniquement la résistance liée à la production de carbapénèmase (EPC). **Exemple** : culture positive à *Escherichia Coli ESBL*, sélectionner « Production de bêta-lactamase à spectre élargi (ESBL) »

	Micro-organisme 2 et 3	Procéder comme pour Micro-organisme 1. Si > 3 micro-organismes, il faut choisir les plus importants pour l'infection.
	Type de résistance du MO2 et MO3	Procéder comme pour le type de résistance du MO1
	Réhospitalisation due à l'infection	Il s'agit d'une réhospitalisation pour des **motifs dus à l'infection du site chirurgical**. Une simple consultation ne doit pas être considérée comme une réhospitalisation. **Préciser** si la réhospitalisation a eu lieu dans le même hôpital ou dans un autre établissement. **Exemple** : un patient consulte les urgences pour des douleurs abdominales 10 jours après l'opération dans ce même hôpital. Le chirurgien décide de l'hospitaliser pour procéder à des examens radiologiques, **cocher « Oui, même hôpital/clinique ».** **Exemple :** un patient revient aux urgences pour une déhiscence spontanée de sa plaie avec un léger écoulement après une appendicectomie. Le médecin nettoie la plaie et lui administre des antibiotiques. Après ce traitement, le patient retourne à domicile avec une ordonnance pour des soins ambulatoire de sa plaie, **cocher « non ».**
	Traitement de l'infection	Cette variable permet d'indiquer le type de traitement apporté à l'infection. Il peut s'agir d'un traitement conservateur, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de nouvelle intervention, ni de drainage, ni d'ouverture de la plaie. S'il y a eu une réintervention motivée par l'infection, celle-ci peut consister en un drainage percutané, une ablation de points ou d'agrafes, ou une nouvelle opération **Exemple** : un patient consulte les urgences pour des douleurs abdominales 10 jours après l'opération. Les examens radiologiques montrent une collection importante de liquide dans l'abdomen, et le patient présente des signes généraux d'infection. Il est repris en **salle d'opération** pour une réintervention, **sélectionner « nouvelle opération ».** **Exemple** : un patient revient aux urgences pour des douleurs et une tuméfaction au niveau de sa plaie après un pontage vasculaire périphérique. Le médecin décide de pratiquer une réouverture délibérée de la plaie en enlevant plusieurs points, **sélectionner « ablation de points ou d'agrafes ».**

Document 3 – Liste et codes des interventions chirurgicales suivies par le programme Swissnoso

V 01.01.2026

L'inclusion d'un cas doit être vérifiée avec le rapport opératoire et éventuellement avec les codes CHOP. Une opération dont le code CHOP n'est pas listé dans ce tableau ne doit pas être incluse

La chirurgie cardiaque inclut les interventions codées **43, 44, 45, 46 et 47,** qui sont non dissociables et **doivent toutes être suivies**.

Les hystérectomies incluent les codes **30 et 31** qui sont non dissociables et **doivent toutes être suivies**

Code Intervention principale	Description de l'opération	Codes CHOP *Ces chiffres correspondent à des procédures chirurgicales décrites dans la Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), Version 2026.*	Valeur de référence pour le temps opératoire (T)
2 – APP	Appendicectomie (y compris la résection du pôle caecal). Les appendicectomies « en passant » ne sont pas incluses	47.00, 47.01, 47.02, 47.09, 47.2, 47.9	**1h (60 min)**
4 – CES	Césarienne	74.0X.00, 74.0X.10, 74.0X.20, 74.0X.99, 74.1X.00, 74.1X.10, 74.1X.20, 74.1X.99, 74.2X.00, 74.2X.10, 74.2X.20, 74.2X.99,74.4, 74.4X.00, 74.4X.10, 74.4X.20, 74.4X.99, 74.91, 74.99, 74.99.00, 74.99.10, 74.99.20, 74.99.99	**1h (60 min)**
5 – CHOL	Cholécystectomie, cholécystotomie	51.03, 51.04, 51.13, 51.21, 51.22.00, 51.22.10, 51.22.11, 51.22.12, 51.22.99, 51.23, 51.24	**2h (120min)**
6 - COLON	Chirurgie du côlon (comprenant les anastomoses grêle-côlon et les sigmoïdectomies)		**3h (180 min)**
	45.03, 45.26, 45.41.00, 45.41.09, 45.41.21, 45.41.31, 45.49, 45.52, 45.7, 45.70, 45.72, 45.72.11, 45.72.12, 45.73, 45.73.11, 45.73.12, 45.74, 45.74.11, 45.74.12, 45.75, 45.75.1, 45.75.11, 45.75.12, 45.75.2, 45.75.21, 45.75.22, 45.76, 45.76.00, 45.76.09, 45.76.11, 45.76.21, 45.77.1, 45.77.11, 45.77.12, 45.77.2,	45.77.21, 45.77.22, 45.78, 45.78.1, 45.78.11, 45.78.12, 45.78.2, 45.78.21, 45.78.22, 45.79, 45.81, 45.81.11, 45.81.12, 45.93, 45.94, 45.98.12, 46.04, 46.1, 46.10, 46.12.11, 46.12.12, 46.15.11, 46.15.12, 46.19, 46.43, 46.43.00, 46.43.10, 46.43.11, 46.43.12, 46.43.20, 46.43.99, 46.52, 46.52.00, 46.52.10, 46.52.20, 46.52.99, 46.75, 46.76, 46.76.00, 46.76.11, 46.76.12, 46.76.99 ; 46.79.41; 46.79.51	
281 – RECTO	Opérations du rectum, du rectosigmoïde et du tissu rectal		**3h (180 min)**
	45.80, 45.82, 45.82.11, 45.82.12, 45.89, 45.92, 45.92.11, 45.92.12, 45.95.11, 45.95.12, 45.95.21, 45.96, 45.98.13, 48.25, 48.4, 48.41, 48.49, 48.5, 48.50, 48.51, 48.53,	48.59, 48.6, 48.65, 48.66.00, 48.66.09, 48.66.1, 48.66.11, 48.66.12, 48.66.13,48.66.14, 48.66.15, 48.66.2, 48.66.21, 48.66.22, 48.66.23, 48.66.24, 48.66.25, 48.66.3, 48.66.31, 48.66.32, 48.66.33, 48.66.34, 48.66.35, 48.69, 48.74	

Code Intervention principale	Description de l'opération	Codes CHOP *Ces chiffres correspondent à des procédures chirurgicales décrites dans la Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), Version 2026.*	Valeur de référence pour le temps opératoire (T)
81 – BYPASS	Chirurgie bariatrique : Sleeve resection, Switch duodénal, bypass gastrique proximal, bypass gastrique distal, Roux-en-Y, Omega-loop, dérivation bilio-pancréatique selon Scopinaro, autre gastro-entérostomie de dérivation, y compris les révisions	43.89.20, 43.89.21, 43.89.30, 43.89.31, 43.89.4, 43.89.40, 43.89.41, 43.89.44, 43.89.45, 43.89.50, 43.89.51, 43.89.61, 43.99.10, 43.99.11, 44.31.00, 44.31.09, 44.31.11, 44.31.12, 44.31.13, 44.31.14, 44.31.21, 44.31.22, 44.31.31, 44.31.32, 44.31.41, 44.31.42, 44.38, 44.39, 44.5X.00, 44.5X.10, 44.5X.21, 44.5X.22, 44.5X.33, 44.5X.34, 44.5X.35, 44.5X.36, 44.5X.41, 44.5X.42, 44.5X.43, 44.5X.44, 44.5X.51, 44.5X.52, 44.5X.99	**3h (180 min)**
30 – HYST	Hystérectomie par voie **abdominale**, y compris celle effectuée par laparoscopie	68.3, 68.30, 68.31, 68.32, 68.39, 68.4, 68.40, 68.41, 68.42, 68.49, 68.6, 68.60, 68.61, 68.62, 68.6A	**2h (120min)**
31 – VHYST	Hystérectomie **vaginale**, y compris celle assistée par laparoscopie [LAVH ou LARVH]	68.43, 68.44, 68.63, 68.64	**2h (120min)**
43 – CARD	Autre chirurgie cardiaque (à l'exception des pontages coronariens, des implantations de valve, des valvuloplasties, de la chirurgie des vaisseaux, des transplantations et de l'implantation de pacemaker)		**5h (300min)**
	35.31, 35.32, 35.34, 35.35.00, 35.35.09, 35.35.10, 35.36.00, 35.36.09, 35.36.11, 35.36.21, 35.39, 35.41.00, 35.41.10, 35.41.99, 35.42.00, 35.42.09, 35.42.10, 35.43.00, 35.43.10, 35.43.99, 35.50, 35.51, 35.53, 35.54, 35.60, 35.61, 35.62, 35.63, 35.70, 35.71, 35.72.00, 35.72.10, 35.72.99, 35.73, 35.81, 35.82, 35.83, 35.84, 35.85, 35.91, 35.92, 35.93, 35.94, 35.95, 35.98.00, 35.98.99, 35.99, 35.A1.00-35.A1.12, 35.A1.14, 35.A2.00-35.A2.12, 35.A2.14, 35.A3.00-35.A3.12, 35.A3.14, 35.A4.00-35.A4.12, 35.A4.14,	35.B9, 35.C1.00-35.C1.12, 35.C2.00-35.C2.12, 35.C2.14, 35.C3.00-35.C3.12, 35.C3.14, 35.C4.00-35.C4.12, 35.C4.14, 35.D1.00-35.D1.12, 35.D1.14, 35.D2.00-35.D2.14, 35.D3.00-35.D3.12, 35.D3.14, 35.D4.00-35.D4.14, 35.I1.11, 35.I3.11, 35.I3.12, 35.I9, 36.2, 36.32, 36.39, 36.39.11, 36.39.13, 36.39.99, 36.91, 36.99, 36.99.00, 36.99.20, 36.99.30, 36.99.40, 36.99.99, 37.10, 37.11, 37.12.00-37.12.12, 37.31.00, 37.31.10, 37.31.20, 37.31.30, 37.31.99, 37.32, 37.33.00, 37.33.10, 37.33.11, 37.33.19, 37.33.20, 37.33.30, 37.33.99, 37.35, 37.40, 37.41, 37.42.11, 37.42.21, 37.49	
44 – PCA	Pontage(s) coronarien(s) avec a. mammaire interne, a. thoracique		**4h (240 min)**
	36.11.22-36.11.25, 36.11.28, 36.11.2A, 36.11.32-36.11.35, 36.11.38, 36.11.3A, 36.11.99, 36.12.22-36.12.25, 36.12.28, 36.12.2A, 36.12.32-36.12.35, 36.12.38, 36.12.3A, 36.12.99, 36.13.22-36.13.25, 36.13.28, 36.13.2A, 36.13.32-36.13.35,	36.13.38, 36.13.3A, 36.13.99, 36.18.12-36.18.15, 36.18.18, 36.18.1A, 36.18.22-36.18.25, 36.18.28, 36.18.2A, 36.18.99, 36.19, 36.1A.12-36.1A.15, 36.1A.18, 36.1A.1A, 36.1A.22- 36.1A.25, 36.1A.28, 36.1A.2A, 36.1A.99, 36.1B.12-36.1B.15, 36.1B.18, 36.1B.1A, 36.1B.22-36.1B.25, 36.1B.28, 36.1B.2A, 36.1B.99	
45 – PCAV	Pontage(s) coronarien(s) avec greffon veineux ou artériel (a. radiale)		**5h (300 min)**
	36.11.21, 36.11.26, 36.11.27, 36.11.31, 36.11.36, 36.11.37, 36.12.21, 36.12.26, 36.12.27, 36.12.31, 36.12.36, 36.12.37, 36.13.21, 36.13.26, 36.13.27,	36.13.31, 36.13.36, 36.13.37, 36.18.11, 36.18.16, 36.18.17, 36.18.21, 36.18.26, 36.18.27, 36.1A.11, 36.1A.16, 36.1A.17, 36.1A.21, 36.1A.26, 36.1A.27, 36.1B.11, 36.1B.16, 36.1B.17, 36.1B.21, 36.1B.26, 36.1B.27	

Code Intervention principale	Description de l'opération	Codes CHOP *Ces chiffres correspondent à des procédures chirurgicales décrites dans la Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), Version 2026.*	Valeur de référence pour le temps opératoire (T)
46 – VALVE	Remplacement de valve cardiaque (non TAVI)		**5h (300min)**
	35.F1.00-35.F1.12, 35.F1.21-35.F1.22, 35.F1.31-35.F1.32, 35.F1.41-35.F1.42, 35.F1.51-35.F1.52, 35.F1.61-35.F1.62, 35.F1.71-35.F1.72, 35.F1.81-35.F1.82, 35.F1.A2, 35.F1.B2, 35.F2.00-35.F2.09, 35.F2.11-35.F2.12, 35.F21.2-35.F2.22, 35.F2.24, 35.F2.25, 35.F2.26, 35.F21.3-35.F2.32, 35.F2.34, 35.F2.51-35.F2.52, 35.F3.00-35.F3.09, 35.F3.11-35.F3.12, 35.F3.21-35.F3.22, 35.F3.24, 35.F3.25, 35.F3.31-35.F3.32, 35.F3.34, 35.F3.35, 35.F3.51-35.F3.52, 35.F3.61-35.F3.62, 35.F3.71-35.F3.72, 35.F3.81-35.F3.82, 35.F4.00-35.F4.09, 35.F4.11-35.F4.12, 35.F4.21-35.F4.22, 35.F4.24,	35.F4.31-35.F4.32, 35.F4.34, 35.F4.51-35.F4.52, 35.G1.11-35.G1.12, 35.G1.14, 35.G2.11-35.G2.12, 35.G2.14, 35.G3.11-35.G3.12, 35.G3.14, 35.G4.11-35.G4.12, 35.G4.14, 35.G9, 35.H1.00-35.H1.09, 35.H11.1-35.H1.12, 35.H1.21-35.H1.22, 35.H1.31-35.H1.32, 35.H1.41-35.H1.42, 35.H1.51-35.H1.52, 35.H1.61-35.H1.62, 35.H1.71-35.H1.72, 35.H1.81-35.H1.82, 35.H1.A2, 35.H1.B2, 35.H2.00-35.H2.09, 35.H2.11-35.H2.12, 35.H2.21-35.H2.22, 35.H2.24, 35.H2.25, 35.H2.26, 35.H2.31-35.H2.32, 35.H2.34, 35.H2.51-35.H2.52, 35.H3.00-35.H3.09, 35.H3.11-35.H3.12, 35.H3.21-35.H3.22, 35.H3.31-35.H3.32, 35.H3.51-35.H3.52, 35.H3.61-35.H3.62, 35.H3.71-35.H3.72, 35.H3.81-35.H3.82, 35.H4.00-35.H4.09, 35.H4.11-35.H4.12, 35.H4.21-35.H4.22, 35.H4.31-35.H4.32, 35.H4.51-35.H4.52, 35.I2.11	
47 – PLASTIE	Valvuloplastie	35.E1.00-35. E1.12, 35.E1.14, 35.E2.00-35.E2.12, 35.E2.15, 35.E3.00-35.E3.12, 35.E3.14, 35.E4.00-35.E4.14	**En cours**
211 – PROTH	Prothèse totale de hanche (première opération élective)	81.51.00 (première implantation), 81.51.11, 81.51.12, 81.51.13, 81.51.19	**2h (120 min)**
212 – PROTH	Prothèse totale et partielle de genou (première opération élective)	81.54.00 (première implantation), 81.54.21, 81.54.22, 81.54.23, 81.54.24, 81.54.25, 81.54.26, 81.54.27, 81.54.28, 81.54.29	**2h (120 min)**
50 – LAM	Premières opérations d'excision ou destruction de disque intervertébral, d'insertion de prothèse discale, de laminotomie, laminectomie et laminoplastie lorsque celles-ci sont effectuées au bloc opératoire, d'exploration et décompression des structures du canal rachidien, de système interépineux, et de stabilisation dynamique de la colonne vertébrale. ⌦ Les interventions mini-invasives visant à l'excision (herniectomie) ou la destruction de la hernie discale, qui sont effectuées en radiologie interventionnelle, guidées par l'image et selon différentes techniques (p.ex. laser, chimionucléolyse), ne doivent **pas être incluses**. ⌦ Les révisions ou les remplacements de prothèse(s) discale(s) artificielle(s) ou de système(s) interépineux ne sont **pas inclus**. *Cette catégorie inclut les interventions avec et sans implant. Elles doivent toutes être inclues dans la surveillance*		**2h (120 min)**
	03.01, 03.03, 03.03.00, 03.03.09, 03.03.1, 03.03.11-03.03.18, 03.03.1A, 03.03.1B, 03.03.21-03.03.28, 03.03.2A, 03.03.2B, 03.03.31-03.03.38, 03.03.3A, 03.03.3B, 03.03.41-03.03.48, 03.03.4A, 03.03.4B, 03.09, 03.4, 03.4X.00, 03.4X.10, 03.4X.11, 03.4X.12, 03.4X.19, 03.4X.20, 03.4X.21, 03.4X.22, 03.4X.29, 03.4X.99, 7A.22, 7A.30, 7A.32, 7A.32.11, 7A.32.12, 7A.32.13, 7A.39, 7A.61, 7A.61.11, 7A.62.11, 7A.66.11, 7A.67.11, 7A.69.11, 7A.72.11-7A.72.18, 7A.72.1A-7A.72.1F, 7A.72.21-7A.72.28, 7A.72.2A-7A.72.2F		

Code Intervention principale	Description de l'opération	Codes CHOP *Ces chiffres correspondent à des procédures chirurgicales décrites dans la Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), Version 2026.*	Valeur de référence pour le temps opératoire (T)
260 – VASCAMI	Premières opérations électives et en urgence de chirurgie vasculaire artérielle des membres inférieurs : - Shunt, pontage et bypass vasculaires fémoraux, poplités, péroniers, cruraux, pédieux, de la jambe et du pied - Incision, endartériectomie, résection, excisions, occlusion et réparation de vaisseaux artériels des membres inférieurs.	39.29.00, 39.29.09, 39.29.10, 39.29.11, 39.29.12, 39.29.13, 39.29.14, 39.29.15, 39.29.16, 39.29.19, 39.29.30, 39.29.33, 39.29.39, 38.08.00, 38.08.10, 38.08.11, 38.08.12, 38.08.99, 38.18.10, 38.18.11, 38.18.12, 38.38.00,38.38.10, 38.38.11, 38.38.12, 38.38.99, 38.48.00, 38.48.10, 38.48.11, 38.48.12, 38.48.13, 38.48.99, 38.68.00, 38.68.10, 38.68.20, 38.68.99, 38.88, 39.52.00, 39.52.99, 39.56.60, 39.56.61, 39.56.69, 39.56.99, 39.57.60, 39.57.61, 39.57.69, 39.57.99, 39.58, 39.59.21, 39.59.29, 39.59.80, 39.59.81, 39.59.89	**4h (240 min)**

Référence: Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) - Version 2026

..

Nota bene :

- Une coloscopie (avec ou sans biopsies) est un examen endoscopique se limitant à la lumière intestinale. Cette procédure ne constitue pas un critère d'exclusion d'une intervention digestive ou gynécologique effectuée dans les 30 jours qui suivent.
- La présence d'un cathéter de type Pigtail (ou autre drain) par voie trans-abdominale, -rectale ou -vaginale ou un drainage temporaire d'abcès de la cavité abdominale ou du petit bassin, y compris un drainage guidé par CT scan, dans les 30 jours précédents l'opération constitue un critère d'exclusion lors de résection digestive ou d'autres procédures chirurgicales digestives ou gynécologiques.
- Un examen gynécologique tel qu'une hystéroscopie ou une intervention **se limitant à la cavité utérine** telle qu'un curetage ne constitue pas un critère d'exclusion de l'hystérectomie effectuée dans les 30 jours qui suivent. La cavité abdominale n'est pas pénétrée et il n'est pas pratiqué d'incision
- La présence d'une sonde d'alimentation (gastrostomie percutanée endoscopique [PEG]) au moment de l'opération d'un organe de la cavité abdominale (digestive ou gynécologique) ou dans les 30 jours précédents, constitue un critère d'exclusion lors de procédures chirurgicales digestives ou gynécologiques
- Lors de chirurgie abdominale, une ponction d'ascite et/ou la mise en place d'un drain intra-péritonéal dans les 30 jours précédents constitue un critère d'exclusion.
- Une ponction ou une infiltration intra articulaire dans les 30 jours précédant la mise en place d'une prothèse orthopédique constitue un critère d'exclusion (même articulation)
- Une infiltration intra articulaire dans les 30 jours précédents une laminectomie/hernie discale (50 LAM) constitue un critère d'exclusion si elle a lieu dans le même segment vertébral opéré ou dans un segment adjacent
- Lors de chirurgie cardiaque :
  - La mise en place d'un stent par voie endovasculaire (percutaneous intervention) dans les 30 jours précédents **ne constitue pas un critère d'exclusion,** même si celui-ci est encore présent au moment de l'intervention.
  - La présence d'un dispositif d'assistance hémodynamique tel que les ballons ou pompes : *Impella, Intra-Aortic Balloon Pump (IABP), Intra-aortic balloon counterpulsion (IABP), dispositif d'assistance cardiaque (TandemHeart),* Extracorporeal membrane oxygenation (*ECMO*) ou autre au moment de l'intervention et dans les 30 jours précédents **constitue un critère d'exclusion**
  - La mise en place d'un drain péricardique et/ou la réalisation d'une ponction péricardique dans les 30 jours précédents **constituent un critère d'exclusion**.
  - La mise en place d'un drain pleural et/ou la réalisation d'une ponction pleurale dans les 30 jours précédents **ne constitue pas un critère d'exclusion.**
- Une angioplastie par ballonnet dans les 30 jours précédant une chirurgie VASCAMI ne constitue pas un critère d'exclusion sauf en cas de complications post-angioplastie nécessitant une incision inguinale pour réparation vasculaire.

Document 4 – Définition des classes de contamination I à IV – V 01.01.2026

Une classe de contamination de la plaie est attribuée à la procédure chirurgicale. Ce numéro permet de répondre à la question du formulaire de saisie « classe de contamination ». Les classes sont échelonnées de I à IV en fonction de la contamination du champ opératoire : du plus propre (I) au plus sale (IV)

Pour distinguer la classe de contamination II de la classe III, il faut consulter les rapports anatomo-pathologique et opératoire, afin d'obtenir les informations nécessaires sur le statut inflammatoire et le déroulement de l'intervention

Classe I = Propre	→ L'incision ne traverse pas de tissu inflammatoire et les tractus respiratoire, digestif, génital ou urinaire ne sont pas pénétrés	
	→ De plus, les incisions propres sont fermées en première intention et drainées si nécessaire par un système clos	
	→ Les incisions effectuées pour le traitement d'un traumatisme non ouvert appartiennent à cette classe si elles répondent aux critères ci-dessus	
	Exemples	Chirurgie vasculaire
		Prothèse de hanche et de genoux
		Chirurgie cardiaque
		Opération cardiaque lors d'endocardite : - Traitée pendant plusieurs semaines par antibiothérapie ou effectuée après la fin du traitement antibiotique - ET **sans** signe d'inflammation intra opératoire - Avec ou sans végétations ET culture négative de la valve ou des végétations.

Classe II = Propre-contaminée	→ L'incision pénètre les tractus respiratoire, **digestif**, génital ou urinaire dans des conditions maîtrisées et sans contamination inhabituelle	
	→ Les opérations portant sur le tractus biliaire, l'appendice, le vagin, et l'oropharynx font partie de cette classe pour autant qu'il n'y ait pas d'évidence d'infection ou de problème technique majeur	
	Exemples	Cholécystectomie pour lithiase
		Chirurgie colique sans évidence d'infection et/ou sans souillure inhabituelle par le contenu intestinal. Exemple diverticulose en phase quiescente, adénocarcinome du côlon
		Appendicectomie en l'absence d'appendicite aiguë
		Césarienne sans rupture de la poche des eaux avant incision

Classe III = Contaminée	→ Les incisions traversant des tissus avec inflammation aiguë non purulente sont inclues dans cette catégorie	
	→ Opérations **avec problème majeur d'asepsie** (ex : massage cardiaque ouvert) **ou contamination grossière par le contenu intestinal**	
	→ Plaie accidentelle ouverte et récente	
	Exemples	Chirurgie colique avec fuite du contenu intestinal dans le champ opératoire
		Sigmoïdectomie pour diverticulite aiguë non perforée et non abcédée
		Cholécystectomie pour cholécystite aiguë non abcédée, avec ou sans perforation
		Appendicectomie pour appendicite aiguë non perforée et non abcédée
		Césarienne avec rupture de la poche des eaux avant incision, sans signe d'infection chez la mère
		Syndrome d'infection intra-amniotique en l'absence de liquide amniotique trouble et/ou malodorant ET culture négative ou non faite
		Sternum laissé ouvert à la fin d'une opération cardiaque (=open chest treatment)
		Opération cardiaque lors d'endocardite : - Effectuée en cours de traitement antibiotique avec culture de la valve ou des végétations négative, indépendamment du résultat de la PCR. - Effectuée après la fin du traitement antibiotique de l'endocardite avec des signes d'inflammation intra-opératoires et/ou PCR positive, même si la culture est négative

Classe IV = Sale et infectée	→ Cette définition suppose que les micro-organismes responsables de l'infection postopératoire étaient présents dans le champ opératoire avant l'intervention	
	→ Incisions sur une **infection existante** ou un **viscère perforé**	
	→ Plaie traumatique ancienne contenant du tissu dévitalisé	
	Exemples	Laparotomie lors de perforation ou d'abcès du côlon (ex : sigmoïdite/diverticulite perforée ou abcédée)
		Perforation iatrogène du colon durant une coloscopie nécessitant une résection digestive
		Appendicectomie pour appendicite perforée ou abcédée
		Cholécystectomie pour vésicule abcédée (empyème vésiculaire)
		Césarienne chez une parturiente (avec ou sans rupture de la poche des eaux avant l'incision) présentant : - **Au moins** un des signes d'infection suivants sans autre cause établie : fièvre >38°C, leucocytose, augmentation de la CRP - **ET** liquide amniotique trouble et/ou malodorant OU culture positive d'un prélèvement peropératoire du liquide amniotique
		Opération cardiaque lors d'endocardite pendant ou après la fin du traitement antibiotique **avec culture de la valve ou des végétations positive**, indépendamment du résultat de la PCR OU **avec** abcès intra opératoire, **même** si la culture est négative

Référence: Mangram A & al. Guideline for prevention of surgical site infection. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999 ; 20 : 247-278

Document 5a – Liste et codes des antibiotiques et antifongiques.

V.01.10.2018

Les antibiotiques et les antifongiques sont classés par famille : β lactames, Aminoglycosides, Quinolones, Macrolides, Glycopeptides, Sulfamidés, Autres, Antifongiques ; et par groupe
Un code est attribué aux substances administrées. Ce numéro permet de répondre aux 3 questions du formulaire de saisie « type d'antibiotique 1, 2, 3 »

Code	Nom générique	Exemples de noms commerciaux
	βlactames	
	Pénicillines	
10	Amoxicilline	CLAMOXYL, AMOXICILLIN-, AMOXI-MEPHA, AZILLIN, SUPRAMOX
11	Flucloxacilline	FLOXAPEN
12	Pénicilline	PENICILLINE, OSPEN, STABICILLIN
13	Pipéracilline	PIPRIL *(hors commerce en Suisse)*
	Pénicillines avec inhibiteurs des βlactamases	
20	Amoxicilline + Clavulanate	AUGMENTIN, CO-AMOXI-MEPHA, CO-AMOXICILLIN-, AZICLAV, CLAVAMOX
21	Piperacilline + Tazobactam	TAZOBAC, PIPERAZILIN / TAZOBACTAM-TEVA
22	Ticarcilline + Clavulanate	TIMENTEN *(hors commerce en Suisse)*
	Céphalosporines	
30	Céfazoline	KEFZOL, CEFAZOLIN-SANDOZ
31	Céfépime	CEFEPIM-ORPHA
32	Céfetamet	GLOBOCEF *(hors commerce en Suisse)*
33	Céfoxitine	MEFOXITIN *(hors commerce en Suisse)*
34	Ceftazidime	FORTAM
35	Ceftriaxone	ROCEPHINE, CEFTRIAXONE-SANDOZ
36	Céfuroxime	ZINACEF / ZINAT, CEFURIM ECO, CEFUROXIM-
37	Cefpodoxime	PODOMEXEF, ORELOX, CEFPODOXIM-SANDOZ
38	Céfaclor	CECLOR/CECLOR RETARD
39	Céfixime	CEPHORAL
390	Ceftobiprole	ZEVTERA
3901	Cefamandole	MANDOKEF
	Monobactames	
391	Aztreonam	AZACTAM
	Carbapénèmes	
40	Imipénème	TIENAM
41	Méropénème	MERONEM
42	Ertapénème	INVANZ
	Aminoglycosides	
50	Amikacine	AMIKIN
51	Gentamycine	GARAMYCINE
52	Nétilmicine	NETROMYCINE *(hors commerce en Suisse)*
53	Tobramycine	OBRACIN

Code	Nom générique	Exemples de noms commerciaux
	Quinolones	
60	Ciprofloxacine	CIPROXINE, CIP ECO, CIPROFLOX, CIPROFLOXACIN
61	Norfloxacine	NOROXINE, NORFLOCIN-MEPHA, NORSOL, NORFLOXACIN
62	Ofloxacine	TARIVID
63	Lévofloxacine	TAVANIC
64	Moxifloxacine	AVALOX
65	Loméfloxacine	MAXAQUIN
	Macrolides	
70	Clarithromycine	KLACID/KLACIPED, CLAMYCIN, CLARITHROCIN, CLARITHROMYCIN
71	Erythromycine	ERYTHROCIN, ERIOS
72	Azithromycine	ZITHROMAX
	Glycopeptides	
80	Teicoplanine	TARGOCID
81	Vancomycine	VANCOCIN, VANCOMYCIN SANDOZ
	Sulfamidés	
90	Cotrimoxazole	BACTRIM, COTRIM, CO-TRIMOXAZOLE HELVEPHARM, GROPRIM, ESCOPRIM, LAGATRIM, NOPIL
	Autres	
100	Doxycycline	VIBRAMYCIN / VIBRAVENEUSE, DOXYCLIN, DOXYCYCLIN CIMEX, DOXYLAG, DOXYSOL, GRODOXIN, RUDOCYCLINE, SUPRACYCLIN, TASMACYCLIN AKNE, ZADORINE
101	Chloramphénicol	*Non commercialisé en Suisse pour adm. systémique*
102	Clindamycine	DALACIN C, CLINDAMYCIN SPIRIG
103	Métronidazole	FLAGYL, ARILIN, METROLAG, METRONIDAZOL
104	Rifampicine	RIMACTAN, RIFAMPICIN *RIFATER, RIFINAH, RIMACTAZID, RIMSTAR (= préparations composées, contenant de la Rifampicine)*
105	Thiamphénicole	URFAMYCINE *(hors commerce en Suisse)*
106	Acide Fusidique	FUCIDINE, *FUCITHALMIC, FUCICORT*
107	Minocycline	AKNORAL, MINAC, MINOCIN ACNE, MINOCYCLIN
108	Nitrofurantoine	UVAMIN, FURADANTINE
109	Linezolid	ZYVOXID
1091	Tigecycline	TYGACIL
1092	Daptomycine	CUBICINE
1093	Ornidazol	TIBERAL
	Antifongiques	
110	Fluconazole	DIFLUCAN, FLUCAZOL, FLUCONAX, FLUCONAZOL, FLUNIZOL
1101	Itraconazole	SPORANOX, ITRACONAZOL
1102	Voriconazole	VFEND
111	Amphotéricine B	FUNGIZONE / AMBISOME
112	Echinocandin	CANCIDAS, ECALTA, MYCAMINE
120		**Autre substance non définie précédemment**

Document 5b – Liste et codes des antibiotiques les plus fréquemment utilisés, par ordre alphabétique et nom commercial

Code	A – I
107	AKNORAL
111	AMBISOME
50	AMIKIN
10	AMOXICILLIN-,
10	AMOXI-MEPHA
20	AUGMENTIN
64	AVALOX
391	AZACTAM
20	AZICLAV
90	BACTRIM
112	CANCIDAS
38	CECLOR
38	CECLOR RETARD
30	CEFAZOLIN-SANDOZ
31	CEFEPIM-ORPHA
37	CEFPODOXIM-SANDOZ
35	CEFTRIAXONE-SANDOZ
36	CEFURIM ECO
36	CEFUROXIM-
39	CEPHORAL
60	CIP ECO
60	CIPROFLOXACIN
60	CIPROXINE
10	CLAMOXYL
70	CLARITHROCIN
20	CLAVAMOX
102	CLINDAMYCIN SPIRIG
20	CO-AMOXI-MEPHA
90	COTRIM
90	CO-TRIMOXAZOLE HELVEPHARM
1092	CUBICINE
102	DALACIN C
110	DIFLUCAN
100	DOXYCLIN
112	ECALTA
71	ERYTHROCIN
103	FLAGYL
11	FLOXAPEN
110	FLUCONAX
110	FLUCONAZOL
34	FORTAM
106	FUCIDINE
111	FUNGIZONE
108	FURADANTINE
51	GARAMYCINE
42	INVANZ
1101	ITRACONAZOL

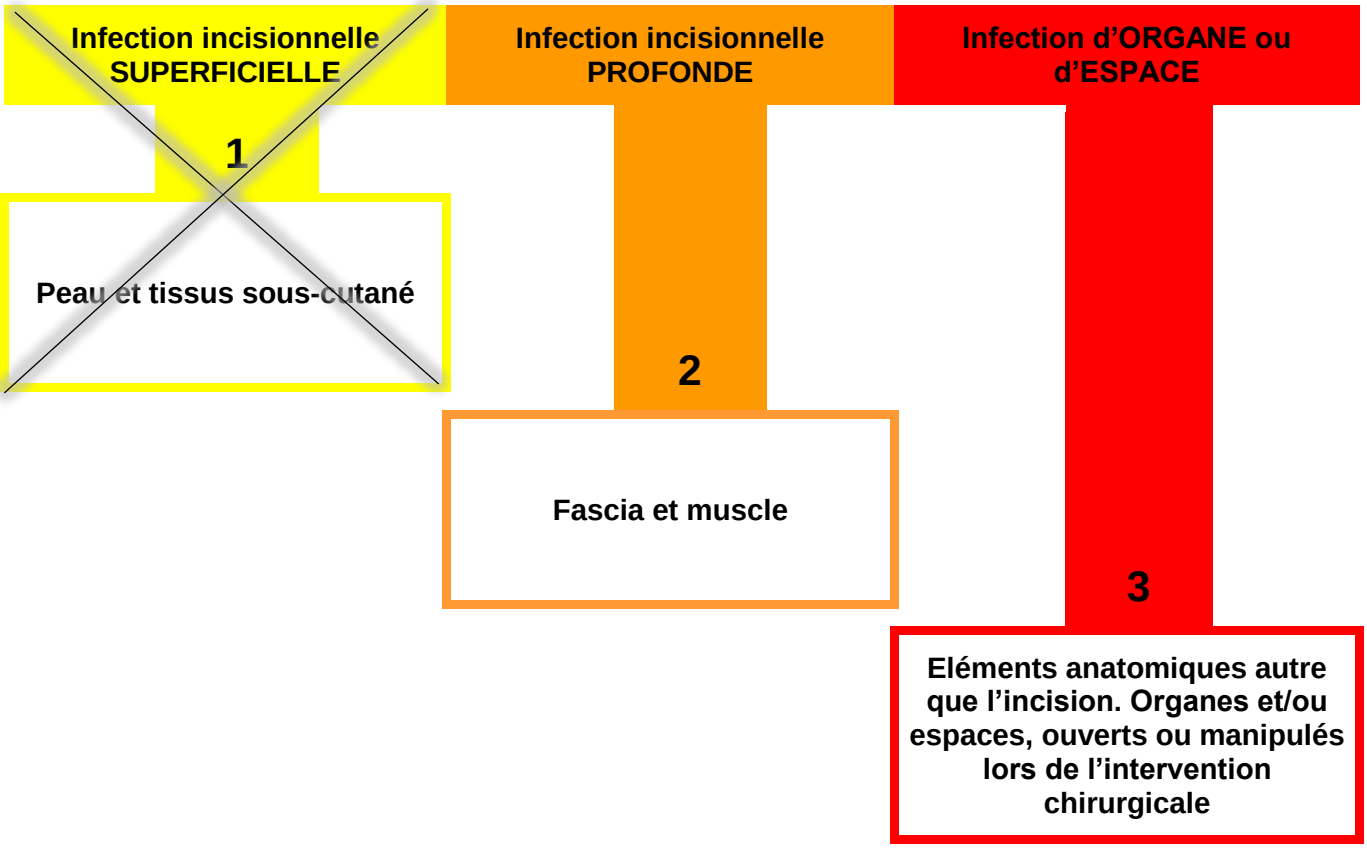
Code	K - Z
30	KEFZOL
70	KLACID
70	KLACIPED
3901	MANDOKEF
65	MAXAQUIN
41	MERONEM
103	METRONIDAZOL
107	MINAC
107	MINOCYCLIN
112	MYCAMINE
52	NETROMYCINE
61	NORFLOCIN-MEPHA
61	NORFLOXACIN
61	NOROXINE
53	OBRACIN
37	ORELOX
12	OSPEN
12	PENICILLINE
21	PIPERAZILIN
13	PIPRIL
37	PODOMEXEF
104	RIFAMPICIN
104	RIMACTAN
35	ROCEPHINE
1101	SPORANOX
100	SUPRACYCLIN
10	SUPRAMOX
80	TARGOCID
62	TARIVID
63	TAVANIC
21	TAZOBAC
21	TAZOBACTAM-TEVA
1093	TIBERAL
40	TIENAM
1091	TYGACIL
108	UVAMIN
81	VANCOCIN
81	VANCOMYCIN SANDOZ
1102	VFEND
100	VIBRAMYCIN
100	VIBRAVENEUSE
390	ZEVTERA
36	ZINACEF
36	ZINAT
72	ZITHROMAX
109	ZYVOXID

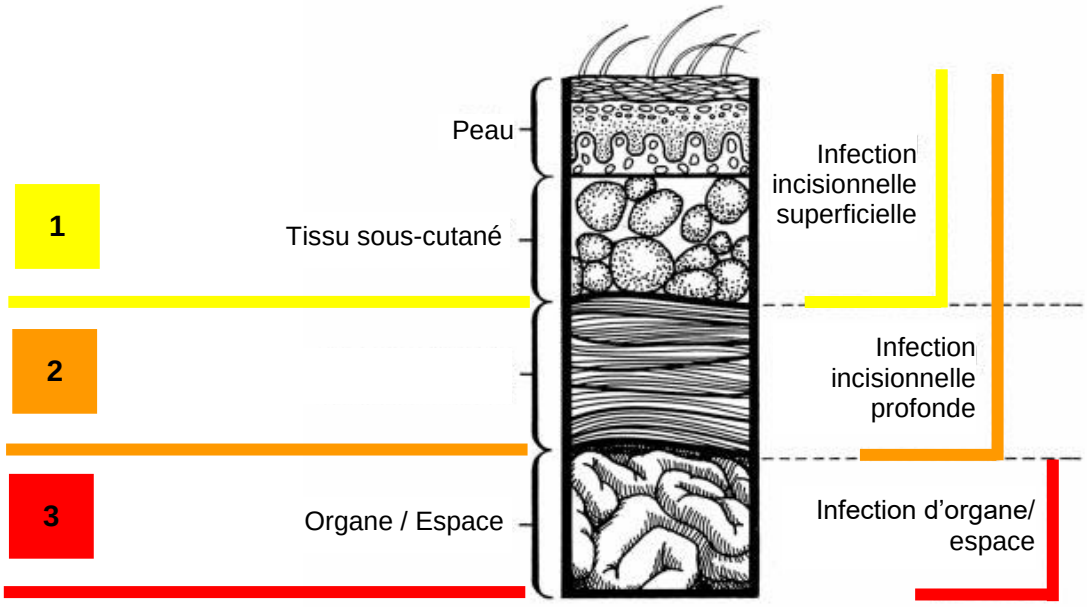
Document 6 – Type d'infection du site chirurgical

V 01.01.2026

Les infections du site chirurgical sont classées en 3 catégories selon les plans anatomiques qu'elles touchent.

Note : Depuis le 1er Janvier 2026, les infections superficielles ne sont plus enregistrées dans la surveillance Swissnoso.





Référence : ***Horan TC et al.*** *CDC definitions* ***of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 606-8***

Document 7 – Critères de diagnostic des infections du site chirurgical

Selon le Centers for Disease Control and Prevention.

V 01.01.2026

<table>
<tr><td colspan="3">A</td><td>B</td><td>C</td><td colspan="3">Le diagnostic d’infection est posé si présence des critères A+B ou A+C ou A+B+C</td></tr>
<tr><td colspan="3">CRITERE A</td><td colspan="5">Infection survenant dans les 30 jours postopératoires (ou jusqu'à 90 jours pour la chirurgie avec implant (orthopédique, cardiaque ou du rachis) et tout VASCAMI)</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">CRITERES B</td><td colspan="5">AU MOINS 1 DES 3 CRITÈRES CI-DESSOUS pour chacun des 2 types d’infection</td></tr>
<tr><td colspan="3">Infection incisionnelle PROFONDE</td><td colspan="2">Infection d'ORGANE ou d'ESPACE*
! voir note de bas de page</td></tr>
<tr><td colspan="3">B1</td><td colspan="3">Ecoulement purulent provenant de l’incision profonde mais pas du compartiment organe/espace</td><td colspan="2">Ecoulement purulent à partir d’un drain placé dans le compartiment organe/espace</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="4">B2</td><td colspan="3">Déhiscence spontanée de l’incision profonde OU réouverture délibérée par le chirurgien :</td><td colspan="2" rowspan="4">Culture# positive (prélèvement aseptique) à partir d’un liquide ou de tissu provenant d’un compartiment organe/espace</td></tr>
<tr><td>SI</td><td colspan="2">>38^{0}C</td></tr>
<tr><td>OU</td><td colspan="2">Douleurs locales ou douleurs à la palpation</td></tr>
<tr><td>SAUF</td><td colspan="2">si culture négative</td></tr>
<tr><td colspan="3">B3</td><td colspan="3">Abcès, ou autre évidence d’infection de l’incision profonde, visualisés lors d’une réintervention ou par un examen histologique ou radiologique, ou lors d’un examen clinique ou d’une procédure invasive</td><td colspan="2">Abcès, ou autre évidence d’infection du compartiment organe/espace, visualisés lors d’une réintervention ou par un examen histologique ou radiologique, ou lors d’un examen clinique ou d’une procédure invasive</td></tr>
<tr><td colspan="3">CRITERE C</td><td colspan="5">Diagnostic d'infection posé par un médecin (liste des diagnostics par écrit) ou si le traitement prescrit par le médecin suite aux investigations ne laisse pas de doute sur le fait qu'il s'agissait d'une infection du site chirurgical</td></tr>
</table>

#La méthode d’identification de micro-organisme(s) à l’aide d’une méthode ou d’un test autre que la culture est admise.

* *Voir ci-après les critères B spécifiques pour les endométrites après césarienne, endocardites après chirurgie cardiaque, les infections associées à une prothèse orthopédique et les infections du moignon vaginal après hystérectomie*

Référence : ***Horan TC et al.*** *CDC definitions* ***of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 606-8***

Nota bene :

- A partir du 1er janvier 2026, si une infection incisionnelle superficielle est diagnostiquée, celle-ci ne doit plus être enregistrée dans la base de données (saisir dans le CRF : infection = **non)**.
- **Culture positive obtenue de façon aseptique**. Il s'agit d'une culture à partir d'un prélèvement effectué de manière à prévenir l'introduction d'organismes des tissus avoisinants dans l'échantillon collecté.
- Un abcès d'un seul point de suture (« stitch abcess »), c'est-à-dire une inflammation minime et un écoulement limité au point de pénétration de la suture n'est **pas** considéré comme une infection du site chirurgical dans le système NNIS et de Swissnoso.
- Une **fuite ou un lâchage de suture anastomotique,** visualisés lors d'un examen radiologique ou lors d'une réintervention, correspondent à une **infection d'organe/espace** même si les autres critères d'une infection ne sont pas (encore) atteints.
- Les **endométrites, les endocardites**, les **infections associées à une prothèse orthopédique** et les **infections du moignon vaginal** sont considérées comme des infections **d'organe/espace** si elles répondent aux critères B spécifiques. Voir tableau des critères spécifiques, pages suivantes.
- Si plusieurs plans anatomiques sont impliqués et atteints, la détermination du type d'infection, profonde ou d'organe/espace doit refléter l'infection la plus profonde.
- Si plusieurs incisions sont effectuées lors de la **même procédure chirurgicale**, par exemple lors de chirurgie laparoscopique, lors de colostomie ou lors de la pose d'un drain, et que celles-ci s'infectent, il faut considérer le niveau d'infection le plus profond. Si une infection concerne le site de la colostomie et de la laparotomie, il ne faut recenser que la plus profonde qu'elle que soit l'incision.
- La **date de diagnostic de l'infection** qui doit être recensée correspond à celle à laquelle le premier critère de diagnostic d'infection du site chirurgical est atteint (cf. Document 2, définition de la date de diagnostic, page 33).
- **Examen physique clinique** : mise en évidence d'une infection ou d'éléments infectieux probants lors d'une procédure invasive ou lors de l'examen clinique du patient par un médecin au cours du séjour hospitalier ou lors de contrôles ultérieurs. Ceci complète le critère B3 utilisé pour le diagnostic d'infection incisionnelle profonde et le critère B3 pour celle d'organe/espace.
- Il n'existe pas de définition standard et/ou des critères cliniques de la notion de **purulence** ou **d'écoulement purulent**. En général, un écoulement de liquide décrit par le personnel soignant (notes ou observation directe) comme épais, visqueux, trouble, nauséabond, avec ou sans présence de sang, est accepté comme un écoulement purulent.
- **Utilisation du critère B1 lors d'infection organe /espace :** si lors d'un examen radiologique une ponction guidée dans le compartiment organe/espace est effectuée pour évacuer un abcès ou une collection abcédée, le critère B1 peut également être appliqué. Se référer au rapport radiologique. Si un drain est mis en place dans le compartiment organe/espace lors d'un examen radiologique ou lors d'une opération et que ce drain ramène un écoulement purulent dans les jours qui suivent, le critère B1 peut également être appliqué. Considérer le cas dans son ensemble.
- **Utilisation du critère B1 lors d'infection incisionnelle profonde :** Si la réouverture délibérée de la plaie (critère B2 pour l'infection incisionnelle profonde) permet à un abcès ou une collection abcédée de s'écouler, et si cet écoulement est purulent, le critère B1 « écoulement purulent provenant de l'incision profonde » peut également être appliqué**.**

Critères B spécifiques de diagnostic d'infection d'ORGANE /ESPACE pour endométrite après césarienne

A partir du 01.10.2013

ENDOMETRITE (= ORGANE / ESPACE)

L'endométrite doit remplir AU MOINS 1 des 2 des critères suivants

CRITERE B1	**Culture positive** à partir d'un liquide (y compris le liquide amniotique) **ou** du tissu de l'endomètre obtenu durant une procédure invasive ou par biopsie

CRITERE B2	**La patiente présente AU MOINS 2 des signes ou symptômes suivants:**
	→ Fièvre (> 38 °C) → Douleurs abdominales (sans autre cause connue) → Sensibilité de l'utérus (sans autre cause connue) → Ecoulement purulent de l'utérus (sans autre cause connue)

NB	*Pas d'endométrite secondaire à la césarienne si le liquide amniotique était déjà infecté au moment de l'intervention ou si la rupture de la poche des eaux était survenue plus de 48 heures avant l'intervention*

En cas d'endométrite, en présence du critère spécifique CRITERE B1, saisir dans la base de données **B1 = oui** et en présence du critère spécifique CRITERE B2, saisir dans la base de données **B2= oui**. Saisir **B3 = non**.

Critères B spécifiques de diagnostic d'infection d'ORGANE/ESPACE pour ENDOCARDITE après chirurgie cardiaque

A partir du 01.10.2013

ENDOCARDITE (= ORGANE / ESPACE)

L'endocardite doit remplir AU MOINS 1 des 2 critères suivants

CRITERE B1		**Organismes cultivés à partir d'une valve ou de végétations**
CRITERE B2	**2A**	**Le patient présente AU MOINS 2 des signes ou symptômes suivants:**
		→ Fièvre (> 38 °C) → Apparition ou modification d'un souffle cardiaque (sans autre cause connue) → Phénomène embolique (sans autre cause connue), y compris les lésions hémorragiques palmo-plantaires de Janeway → Manifestations cutanées sauf si autre cause connue. Ex. pétéchies, nodosités douloureuses au niveau de la pulpe des doigts ou des orteils (Osler), hémorragies filiformes → Insuffisance cardiaque (sans autre cause connue) → trouble de la conduction (sans autre cause connue)
	2B	**ET AU MOINS 1 des éléments suivants** :
		→ Organismes cultivés à partir de ≥ 2 paires d'hémocultures[#] → Organismes visualisés à la coloration de Gram de la valve si la culture est négative ou pas effectuée → Végétations observées sur la valve lors d'une procédure invasive ou une autopsie → Tests de laboratoires positifs effectués sur un échantillon de sang ou d'urine (ex. test antigénique pour *H. influenzae, S. pneumoniae* ou streptocoques du groupe B) → Evidence d'une nouvelle végétation visualisée lors d'une échocardiographie
	2C	**ET le médecin instaure un traitement antibiotique approprié (si le diagnostic est fait ante mortem)**
NB : le critère B2 est rempli si présence d'au moins 2 points en 2A et d'au moins 1 point en 2B ainsi que du point 2C.		

[#] *On entend par hémoculture un prélèvement de sang mis en culture qu'il soit réparti en une ou plusieurs bouteilles. Si p. ex. un staphylocoque doré est présent dans 3 hémocultures, mais seulement 1x ou 2x dans chacune des paires, les 3 hémocultures sont considérées comme positives. Si 2 bouteilles de la même paire sont positives = 1 hémoculture positive.*

En cas d'endocardite, en présence du critère spécifique CRITERE B1, saisir dans la base de données **B1 = oui** et en présence du critère spécifique CRITERE B2, saisir dans la base de données **B2= oui**. Saisir **B3 = non**.

Critères B spécifiques de diagnostic d'infection ASSOCIEE A UNE PROTHESE ORTHOPEDIQUE

A partir du 01.10.2014

INFECTION ASSOCIEE A UNE PROTHESE ORTHOPEDIQUE (hanche ou genou) (=ORGANE / ESPACE)

L'infection de l'articulation péri-prothétique ou des bourses séreuses doit remplir AU MOINS 1 des 3 des critères suivants

CRITERE B1	Au moins **deux cultures positives** pour le même micro-organisme[#] obtenues **à partir de prélèvements péri-prothétiques** (liquide ou tissu)[¥]
CRITERE B2	Présence d'une **fistule**[§] ou d'une communication entre la cavité articulaire et les tissus avoisinants
CRITERE B3	**Présence d'AU MOINS 3 des critères mineurs suivants:** → **Protéine C Réactive élevée** (CRP >100 mg/L) **OU* vitesse de sédimentation élevée** (ESR >30 mm/h) → **Leucocytes** >10'000 cellules/µL dans le liquide synovial **OU bandelette**[&] **positive** (Estérase leucocytaire) avec 2 croix (++) ou plus de leucocytes → **Polynucléaires neutrophiles**** dans le liquide synovial (>90%) → **Analyse histologique** du tissu péri-prothétique avec **>5 neutrophiles** (par champ à fort grossissement 400x) → **Une seule culture positive** obtenue à partir d'un prélèvement péri-prothétique (liquide ou tissu)[£]

[#] Identique pour le genre et l'espèce mais pas nécessairement pour l'antibiogramme

[¥] Les 2 prélèvements ne doivent pas nécessairement être collectés en même temps mais peuvent être effectués à des périodes différentes (par exemple lors d'une ponction, puis lors de l'intervention chirurgicale consécutive).

[§] Une fistule est définie comme une ouverture ou un canal étroit sous la peau qui peut s'étendre dans n'importe quelle direction à travers les tissus mous et créant un espace mort dans lequel un abcès peut potentiellement se former

* Afin de mieux répondre aux pratiques médicales suisses, le « et » présent dans les critères américains du CDC a été remplacé par « ou ».

[&] Appelée également « stick ou stick urinaire », cette bandelette réagit à la présence de l'estérase, enzyme contenu par les leucocytes

** Si le type de polynucléaires n'est pas spécifié, considérer les polynucléaires totaux (les neutrophiles étant largement prédominants dans la répartition des polynucléaires)

[£] Le critère mineur « une seule culture positive » est aussi atteint même si le critère B1 (au moins 2 cultures positives) est déjà utilisé. A noter que le diagnostic d'infection associée à une prothèse orthopédique est déjà posé en présence du critère B1.

Critères B spécifiques de diagnostic d'infection d'ORGANE /ESPACE pour une infection du moignon vaginal après hystérectomie

A partir du 01.11.2018

INFECTION DU MOIGNON VAGINAL (= ORGANE / ESPACE)

L'infection du moignon vaginal doit remplir AU MOINS 1 des critères suivants

CRITERE B1	**Ecoulement purulent** provenant du moignon vaginal objectivé lors de **l'examen clinique de la patiente**
CRITERE B2	**Micro-organismes identifiés** à partir d'un **liquide ou de tissu provenant du moignon vaginal**, à l'aide d'une culture ou d'un autre test d'identification de micro-organisme effectués dans un but de diagnostic clinique ou de traitement
CRITERE B3	**Abcès** ou une **autre évidence d'infection*** du moignon vaginal décrit lors de **l'examen clinique** de la patiente, d'un examen radiologique ou d'une procédure invasive. **Des douleurs abdominales provoquées par l'examen clinique de la patiente constituent une preuve suffisante d'infection détectée sans autre procédure invasive*.

Si le/la gynécologue décrit la situation spécifiée dans le critère B1 ou dans le critère B3, ou pose le diagnostic d'infection du moignon vaginal, le critère C est également rempli.

NB	*Une vaginite après hystérectomie n'est pas considérée comme une infection du site chirurgical.*

Document 8 – Liste et codes des micro-organismes 01.01.2026

Un code est attribué aux micro-organismes responsables de l'infection du site opératoire. Ce numéro permet de répondre aux 3 questions du formulaire de saisie « pathogène 1, 2, 3 » des données sur l'infection

Code	Micro-organismes
Bactéries GRAM-POSITIF (aérobes et facultatives)	
1	*Staphyloccocus aureus*
2	*Staphylococcus* coag neg *(exemple : Staphylococcus epidermidis)*
3	*Streptococcus pneumoniae* (Pneumocoque)
4	*Streptococcus* alpha hémolytique *(mitis, milleri, oralis, constellatus, anginosus, sanguis, millieri, equinus, gordonii, parasanguis, salivarius)*
5	*Streptococcus pyogenes* (Streptocoque bêta hémolytique du groupe A)
6	*Streptococcus agalactiae* (Streptocoque bêta hémolytique du groupe B)
7	Autres Streptocoques du groupe C, groupe D, g*emella (bovis),* etc.*)*
8	*Enterococcus faecium*
9	*Enterococcus faecalis*
10	*Enterococcus spp.,* non spécifié
11	*Bacillus* spp.
12	*Corynebacterium* spp.
13	*Listeria monocytogenes*
14	Autres (exemples : *Brevibacterium, micrococques, Abiotrophia, Granulicatella adjacens*
Bactéries GRAM-NEGATIF	
20	*Escherichia coli*
21	*Klebsiella pneumoniae, oxytoca, variicola*
22	*Klebsiella* spp.
23	*Proteus mirabilis, vulgaris*
24	*Proteus* spp.
25	*Serratia marcescens*
26	*Serratia* spp.
27	*Enterobacter aerogenes / cloacae*
28	*Enterobacter* spp.
29	Autres Enterobacteriaceae (*Citrobacter* sp*, Campylobacter, Morganella, Hafnia alvei)*
30	*Pseudomonas aeruginosa*
31	*Pseudomonas non aeruginosa*
32	*Acinetobacter sp*
33	*Neisseria gonorrhoeae*
34	*Neisseria meningitidis*
35	*Haemophilus influenzae* et autres *Haemophilus*
36	*Stenotrophomonas maltophilia (Xanthomonas)*
37	*Salmonella* spp.
38	Autres (exemples *: Moraxella, Pasteurella, Burkholderia, Agrobacterium,* etc.*)*

Code	Micro-organismes
Bactéries ANAEROBES	
40	*Propionibacterium acnes (Cutibacterium acnes)*
41	*Clostridium perfringens*
42	*Clostridium* spp.
43	*Peptostreptococcus* spp.
44	*Prevotella* spp.
45	*Bacteroïdes fragilis* ou autres *Bacteroïdes*
46	*Fusobacterium*
47	*Actinomyces* spp.
48	*Veillonellae*
49	Autres anaérobes *(ex. Eubacterium sp, Gemella morbillorum, Eggerthella lenta, Peptoniphilus harei)*
AUTRES Bactéries	
991	Flore digestive sans autre précision
992	Flore cutanée sans autre précision
CHAMPIGNONS	
50	*Candida albicans*
51	*Candida glabrata (Torulopsis glabrata)*
52	Autres *Candida species*
53	*Cryptococcus neoformans*
54	Autres champignons
60	**Bactéries/champignons difficiles à classer**

Document 9 – Entretien téléphonique standardisé

1. Généralités sur l'entretien téléphonique standardisé

Depuis le 1er octobre 2021 seules les infections d'organe/espace (infection de prothèse) sont recensées pour la chirurgie orthopédique (codes 211, 212). Dans un but de simplification, seules les questions 1, 2, 6 et 7 sont applicables pour la chirurgie orthopédique. Par contre, pour tous les autres types de chirurgie, l'ensemble des questions du document N°9 doit être posé lors de l'entretien standardisé.

Comment se présenter au patient ?

Il est important lors de la prise de contact avec le patient de lui préciser qu'il s'agit d'une enquête effectuée en accord avec son chirurgien et l'hôpital pour des raisons de contrôle de la qualité des soins. Si le patient ne parle pas votre langue ou éventuellement l'anglais, vous pouvez essayer de vous entretenir avec un membre de sa famille. S'il n'est pas possible de directement communiquer avec le patient ou sa famille, et seulement dans ces situations, un téléphone avec le médecin traitant ou le chirurgien est accepté et valide.

Présentation standardisée

Voici un exemple de texte standardisé que vous pouvez utiliser :

- Je m'appelle (nom et prénom) et suis l'infirmier(e) responsable de l'hygiène hospitalière à l'hôpital X (ou l'infirmier(e) chargée de cette enquête)
- Vous avez dû recevoir une information écrite lors de votre hospitalisation du mois X de cette année concernant ce contact téléphonique.
- Dans le cadre de l'amélioration de la qualité dans notre établissement et en accord avec le chirurgien qui vous a opéré, le Dr X, je suis chargé(e) de prendre de vos nouvelles après l'intervention chirurgicale que vous avez subie.
- Ou vous avez répondu récemment au questionnaire digital envoyé par SMS/email dont nous avons pris connaissance et nous voudrions obtenir des informations complémentaires au sujet de votre convalescence après votre opération.
- Etes-vous d'accord de répondre à quelques questions ? Cette démarche ne prend que quelques minutes.

Enchaîner avec le formulaire pour l'entretien téléphonique.

Prérequis

Les éléments particuliers ou suspects qui se sont déroulés lors du séjour hospitalier ou en cas de réhospitalisation doivent être connus au moment du téléphone standardisé afin d'orienter d'éventuelles questions additionnelles. Il est également recommandé de prendre connaissance des réponses positives du questionnaire digital FFU avant de procéder au téléphone standardisé. Les formulaires doivent être complétés intégralement. Le nombre de tentatives d'appel **(minimum 5** y compris s'il s'agit d'un téléphone après la réception d'un questionnaire digital FFU positif**)** est recensé sur le document.

Fenêtre temporelle

Afin d'obtenir une information fiable, les entretiens téléphoniques doivent être menés dans des délais raisonnables, soit au plus tard au 45-50ème jours pour le suivi à 1 mois et au 120ème jour pour le suivi à 90 jours.

Si vous avez choisi l'option du suivi automatique digital et qu'un questionnaire FFU nécessite une investigation supplémentaire (réponses contenant des éléments de suspicion), le téléphone standardisé doit se faire, si possible, dans les fenêtres temporelles décrites ci-dessus. Afin de maximiser les chances de joindre le patient, les tentatives téléphoniques doivent se faire à des jours et heures différents.

Attitude en cas de suspicion d'infection

Voir la méthode détaillée à adopter en cas de suspicion d'infection dans le chapitre sur la méthode de surveillance aux sections Surveillance active de l'évolution des patients après la sortie (PDS) et Détection des cas d'infection et supervision. A des fins de traçabilité, la date et le résultat de la discussion, ainsi que le visa du médecin superviseur ou de la personne responsable sont apposés sur le CRF ou saisis électroniquement (base de données Online, autre fichier local).

Archivage

Le rapport d'entretien téléphonique (ci-dessous) dûment rempli est archivé avec le cas pour un minimum de 5 ans. Ce document est disponible et archivable en version électronique.

2. Formulaire pour l'entretien téléphonique standardisé

Voir document ci-après.

Formulaire pour l'entretien téléphonique standardisé – V 01.01.2026

☐ **1 mois** ☐ **90 jours**

Au minimum 5 tentatives d'appel	1 / /	4 / /	7 / /	10 / /	**Date de l'interview :** / /
	2 / /	5 / /	8 / /	11 / /	
	3 / /	6 / /	9 / /	12 / /	

Nom, prénom du patient: ..... **Date de naissance:** ... / ... / ...

Numéro de CRF : ..... **Code intervention :** .....

Pour les cas de chirurgie orthopédique (211, 212), seules les questions en bleu (1, 2, 6 et 7) sont à poser. Pour tous les autres types de chirurgies, toutes les questions (1 à 7) doivent être posées.

Renseignements obtenus par :	☐ patient	☐ famille ou soignant
Statut de l'interview	☐ **interview effectué**	
	☐ refuse l'interview ou ne peut pas répondre	☐ perdu de vue
	☐ patient décédé	☐ autre : .....

1. Votre convalescence après l'opération du ..... à l'hôpital/clinique de ..... s'est-elle bien passée?

☐ **très bien** ☐ plutôt bien ☐ pas très bien ou mal

Commentaires : .....

2. Avez-vous été réhospitalisé/réopéré entre temps?

☐ **non** (passer à la question 3. Si 211 ou 212 : passer à la question 6)

☐ **oui, préciser :**

Où : .....

Quand? : .....

Pour un problème en relation avec votre opération ? .....

.....

3. Avez-vous revu votre médecin de famille ou le chirurgien ou avez-vous consulté un service d'urgence ou une permanence depuis votre sortie de l'hôpital?

☐ **oui, préciser :** ☐ **non** (passer à la question 4)

Qui, où et quand? .....

Pour quels motifs ?

☐ uniquement pour **ôter les points** au moment prévu

☐ pour un ou des rendez-vous de **contrôle habituels**

☐ pour des problèmes en **relation avec l'opération ou la cicatrisation**

☐ pour des problèmes inhabituels, mais **sans relation** avec l'opération ou la cicatrisation

.....

.....

4.	**Avez-vous ressenti ou mesuré de la fièvre après votre sortie de l'hôpital ?**			
	☐ **oui, préciser combien :** .....°C		☐ **non** (si non passer à question 5)	
	☐ sans qu'il soit nécessaire de consulter mon médecin et probablement sans relation avec mon opération ☐ peut-être en relation avec mon opération (douleurs, rougeur, écoulement local), mais je n'ai pas (encore) consulté mon médecin ☐ sans relation avec mon opération selon mon médecin ☐ en relation avec mon opération selon mon médecin			
	Commentaires :			
5.	**Avez- vous constaté un écoulement de liquide ou de pus par la cicatrice de votre opération ou avez-vous remarqué une rougeur, une chaleur, une tuméfaction ou des douleurs à ce niveau qui vous ont semblé anormales ?**			
	Rougeur ☐ **oui** ☐ **non**	**Chaleur** ☐ **oui** ☐ **non**	**Tuméfaction** ☐ **oui** ☐ **non**	**Douleur** ☐ **oui** ☐ **non**
	Ecoulement de liquide ou de pus : ☐ **oui** ☐ **non** **Si oui, préciser la nature de l'écoulement :**			
	Description des signes cliniques :			
6.	**Avez-vous reçu des antibiotiques depuis votre sortie de l'hôpital ?**			
	☐ **non**	☐ **ne sait pas**		
	☐ **oui,** mais pour une maladie sans aucune relation avec mon opération			
	☐ **oui,** pour soigner un problème en relation, ou peut-être en relation avec mon opération **Si oui, préciser :**			
	Commentaires :			
7.	**Etes-vous d'accord que nous contactions votre médecin ?**		☐ **oui**	☐ **non**

Conserver le rapport de l'entretien téléphonique avec le CRF (version papier ou électronique)