

>Prév 2001<

Etiquette du patient

# Enquête Nationale de Prévalence des Infections Nosocomiales 2001

• N° de Fiche : [attribué automatiquement par l'informatique].....

Numéro de fiche

**ETABLISSEMENT** (v1) [A NE REMPLIR QUE SUR LA PREMIERE FICHE POUR CHAQUE SERVICE]

- C-CLIN : .....
- Code établissement : .....
- Type d'établissement : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.CHR/U	<input type="checkbox"/> 2.CH/CHG	<input type="checkbox"/> 3.CHS/Psy	<input type="checkbox"/> 4.H.Local
<input type="checkbox"/> 5.Clinique MCO	<input type="checkbox"/> 6.H.armées	<input type="checkbox"/> 7.SSR/ELD	<input type="checkbox"/> 8.CAC
- Statut : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.Public	<input type="checkbox"/> 2.PSPH	<input type="checkbox"/> 3.Privé
-----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------
- Nombre de lits total : .....

**SERVICE**

- Date de l'enquête : .....
- Code du service : ..... Code interne à l'établissement

2 0 0 1

**PATIENT** (v2)

- Type de séjour : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.Court séjour	<input type="checkbox"/> 2.Soins de suite et rééducation	<input type="checkbox"/> 3.Long séjour
-----------------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------
- Spécialité : .....
- Date de naissance : .....
- Sexe : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.Homme	<input type="checkbox"/> 2.Femme	<input type="checkbox"/> 9.Inconnu
----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------
- Date d'entrée dans l'établissement : .....
- Indice de gravité de Mac Cabe : .....
 

<input type="checkbox"/> 0.MAC 0	<input type="checkbox"/> 1.MAC 1	<input type="checkbox"/> 2.MAC 2	<input type="checkbox"/> 9.Inconnu
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

[LE JOUR DE L'ENQUETE (ou avant infection nosocomiale éventuelle)]
- Immuno-dépression : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.OUI	<input type="checkbox"/> 2.NON	<input type="checkbox"/> 9.Inconnu
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- Intervention chirurgicale : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.OUI dans les 30 derniers jours	<input type="checkbox"/> 2.NON	<input type="checkbox"/> 9.Inconnu
-----------------------------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

**DISPOSITIFS INVASIFS** (v3) [LE JOUR DE L'ENQUETE]

- Cathéters vasculaires [un ou plusieurs] : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.OUI	<input type="checkbox"/> 2.NON
--------------------------------	--------------------------------

→ SI OUI : → Si périphérique(s) : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.Veineux	<input type="checkbox"/> 2.Artériel	<input type="checkbox"/> 3.Sous-cutané
------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------

→ Si central(aux) : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.Veineux	<input type="checkbox"/> 2.Artériel
------------------------------------	-------------------------------------
- Sonde urinaire : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.Ce jour	<input type="checkbox"/> 2.Dans les 7 derniers jours	<input type="checkbox"/> 3.NON
------------------------------------	------------------------------------------------------	--------------------------------

→ SI OUI [1 ou 2] : → Bandelette : ..
 

<input type="checkbox"/> 1.Positive	<input type="checkbox"/> 2.Négative	<input type="checkbox"/> 3.Non faite	<input type="checkbox"/> 4.Ne sait pas
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------

**ANTI-INFECTIEUX** (v4) [LE JOUR DE L'ENQUETE]

- Curatif pour infection communautaire : .....
 

<input type="checkbox"/> 1.OUI	<input type="checkbox"/> 2.NON
--------------------------------	--------------------------------

molécule 1	molécule 2	molécule 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Curatif pour infection nosocomiale : .....
- Prophylactique : .....

**INFECTION NOSOCOMIALE** ..... [LE JOUR DE L'ENQUETE]

(v5) →SI OUI, REMPLIR LE VERSO DE CE QUESTIONNAIRE

La loi N° 73-14 du 16 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit d'accès pour la présente enquête peut être exercé par l'intermédiaire de tout médecin exerçant dans ce service auprès du président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de cet établissement auprès du Centre inter-régional de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales pour la base de donnée inter-régionale ou de l'Institut de Veille Sanitaire pour la base de donnée nationale.

>Prév 2001<

# Enquête Nationale de Prévalence des Infections Nosocomiales 2001

## INFECTION NOSOCOMIALE N°1 (↘5)

- Siègne de l'infection : .....
- Origine de l'infection : .....  1.Acquis dans l'établissement  2.Acquis dans un autre établissement
- Date de diagnostic : .....     **2 0 0 1**
- Germe n°1 : .....
- Sensibilité 1 : .....
- Germe n°2 : .....
- Sensibilité 2 : .....

## INFECTION NOSOCOMIALE N°2 (↘5)

- Siègne de l'infection : .....
- Origine de l'infection : .....  1.Acquis dans l'établissement  2.Acquis dans un autre établissement
- Date de diagnostic : .....     **2 0 0 1**
- Germe n°1 : .....
- Sensibilité 1 : .....
- Germe n°2 : .....
- Sensibilité 2 : .....

## INFECTION NOSOCOMIALE N°3 (↘5)

- Siègne de l'infection : .....
- Origine de l'infection : .....  1.Acquis dans l'établissement  2.Acquis dans un autre établissement
- Date de diagnostic : .....     **2 0 0 1**
- Germe n°1 : .....
- Sensibilité 1 : .....
- Germe n°2 : .....
- Sensibilité 2 : .....