



Établissement et service

Code établissement Code du service Code interne à l'établissement

Date de l'enquête / / 2017 Spécialité du service

Patient

N° Fiche patient Donné par l'application

N° Fiche patient Donné par l'application

Code postal

Spécialité du patient Date hospitalisation / /

Age (années) Age (mois) si âge <24 mois Poids de naissance (grammes) Si âge <28 jours

Sexe : H F

Chirurgie depuis l'admission : Non Oui

Score de McCabe (MC) : MC0 MC1 MC2 Inconnu

Immunodépression : Non Oui Inconnu

Cancer évolutif : Non Tumeur solide Hémopathie Inconnu

Dispositif(s) invasif(s) : Non Oui

Si cathéters : Oui, préciser

Sonde urinaire : Oui Non

Intubation : Oui Non

Cathéters : Oui Non (un ou plusieurs)

Veineux périphérique : Oui Non

Artériel : Oui Non

Sous-cutané : Oui Non

Veineux central : Oui Non

Veineux ombilical : Oui Non

PICC : Oui Non

Chambre implantable : Oui Non

Traitement(s) anti-infectieux (AI) : Non Oui

Molécule (DCI)	Voie administration	Date début AI	Dose AI quotidienne en mg, g ou UI par jour	Contexte de prescription	Diagnostic	Justification dossier	Changement d'AI ? + Raison	Si changement, date début 1 ^{er} AI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Infection(s) nosocomiale(s) (IN) : Non Oui

	IN 1			IN 2		
Siège de l'infection :	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Dispositif invasif concerné :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Infection présente à l'admission :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Origine de l'infection :	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Date des premiers signes :	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Si bactériémie, origine :	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme (MO) :	MO 11	MO 12	MO 13	MO 21	MO 22	MO 23
Sensibilité MO (SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pan-résistance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic différé :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	