

ANNEXE 5

Fiches Patient – Volet antibiothérapie

Fiches Patient (volet optionnel antibiothérapie inclus) - Remplir une fiche par patient présent dans le service

Service :

Numéro chambre : _____ Lit : _____ Age : /_/_/_/_/ Sexe : H ☐ F ☐

Intervention chirurgicale : Oui ☐ Non ☐

Si oui, ATBprophylaxie : Oui ☐ Non ☐ Inconnue ☐ Si oui, Durée : ≤ 24 h ☐ > 24 h ☐ Inconnue ☐

Sondage urinaire : Oui ☐ Non ☐ Cathéter veineux : Oui ☐ Non ☐

Présence d'une infection nosocomiale acquise dans l'établissement : Oui ☐ Non ☐

Présence d'une infection nosocomiale acquise dans un autre établissement : Oui ☐ Non ☐

Patient traité par antibiotiques depuis plus de 3 jours¹ : Oui ☐ Non ☐

Si oui, réévaluation de l'antibiothérapie :

Inscrite dans le dossier patient (médical ou infirmier)	☐	<u>Si réévaluation de l'antibiothérapie</u> , délai :	
Non inscrite mais confirmée oralement par un médecin	☐	Réévaluation entre J1 et J3	☐
Pas de réévaluation	☐	Réévaluation au-delà de J3	☐

Patient traité par antibiotiques depuis plus de 7 jours (traitement curatif)² : Oui ☐ Non ☐

Si oui, traitement antibiotiques de plus de 7 jours justifié : Oui ☐ Non ☐

Si oui, justification : Ecrite ☐ Orale ☐

Numéro chambre : _____ Lit : _____ Age : /_/_/_/_/ Sexe : H ☐ F ☐

Intervention chirurgicale : Oui ☐ Non ☐

Si oui, ATBprophylaxie : Oui ☐ Non ☐ Inconnue ☐ Si oui, Durée : ≤ 24 h ☐ > 24 h ☐ Inconnue ☐

Sondage urinaire : Oui ☐ Non ☐ Cathéter veineux : Oui ☐ Non ☐

Présence d'une infection nosocomiale acquise dans l'établissement : Oui ☐ Non ☐

Présence d'une infection nosocomiale acquise dans un autre établissement : Oui ☐ Non ☐

Patient traité par antibiotiques depuis plus de 3 jours¹ : Oui ☐ Non ☐

Si oui, réévaluation de l'antibiothérapie :

Inscrite dans le dossier patient (médical ou infirmier)	☐	<u>Si réévaluation de l'antibiothérapie</u> , délai :	
Non inscrite mais confirmée oralement par un médecin	☐	Réévaluation entre J1 et J3	☐
Pas de réévaluation	☐	Réévaluation au-delà de J3	☐

Patient traité par antibiotiques depuis plus de 7 jours (traitement curatif)² : Oui ☐ Non ☐

Si oui, traitement antibiotiques de plus de 7 jours justifié : Oui ☐ Non ☐

Si oui, justification : Ecrite ☐ Orale ☐

¹ antibiothérapie instaurée dans l'établissement uniquement

² antibiothérapie instaurée ou non dans l'établissement