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 jours[1] : Oui ❑ Non ❑

Si oui, réévaluation de l'antibiothérapie :

Inscrite dans le dossier patient (médical ou infirmier)	❑	Si réévaluation de l'antibiothérapie, 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 jours[1] : Oui ❑ Non ❑

Si oui, réévaluation de l'antibiothérapie :

Inscrite dans le dossier patient (médical ou infirmier)	❑	Si réévaluation de l'antibiothérapie, 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*