

FICHE PATIENT INFECTE NOSOCOMIAL

(Remplir un questionnaire par malade porteur d'une infection nosocomiale active **acquise ou importée**)

Identification du patient : _____
 Initiales (prénom - nom) : _____/_____

Identification du service :

Date d'admission à l'hôpital : ____/____/____

Age *: _____ Sexe : H F

Intervention chirurgicale : Oui Non

Sondage urinaire dans les 7 jours : Oui Non

Cathéter veineux (central ou périphérique) le jour de l'enquête : Oui Non

Nature de l'infection	Infection nosocomiale	Microorganisme n°1**	Microorganisme n°2**
Site opératoire	Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/>		
Incisionnelle superficielle <input type="checkbox"/>			
Incisionnelle profonde ou Organe/espace <input type="checkbox"/>			
Urinaire/ Bactériurie symptomatique <input type="checkbox"/>	Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/>		
Bactériémie/ septicémie <input type="checkbox"/>	Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/>		
Respiratoire basse (pneumonie) <input type="checkbox"/>	Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/>		
Cathéter locale <input type="checkbox"/>	Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/>		
Cathéter septicémique <input type="checkbox"/>	Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/>		
Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/>		

* Préciser l'âge en années. Si moins d'un an : moins d'un mois noter M0, de 1 mois à 1 an noter de M1 à M11.

** Préciser le microorganisme en cause seulement pour les infections nosocomiales acquises dans l'établissement ; pour *Staphylococcus aureus*, préciser si sensible ou résistant à la Méricilline ; pour *Enterobacter spp.*, *Eschericia coli*, *Klebsiella spp* , préciser si production d'une BLSE.