

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 : Oui Non

Si oui, réévaluation de l'antibiothérapie :

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

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

Si oui, réévaluation de l'antibiothérapie :

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

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

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

Si oui, justification : Ecrite Orale