

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) 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) : 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) 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) : Oui Non Si oui, traitement antibiotiques de plus de 7 jours justifié : Oui Non Si oui, justification : Ecrite Orale