

## Fiche Patient Infecté 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** |
|---|--|----------------------|----------------------|
| <b>Site opératoire</b>  | Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/> |                      |                      |
| Incisionnelle superficielle <input type="checkbox"/>                |  |                      |                      |
| Incisionnelle profonde ou Organe/espace <input type="checkbox"/>    |  |                      |                      |
| <b>Urinaire/ Bactériurie symptomatique</b> <input type="checkbox"/> | Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/> |                      |                      |
| <b>Bactériémie/ septicémie</b> <input type="checkbox"/>             | Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/> |                      |                      |
| <b>Respiratoire basse (pneumonie)</b> <input type="checkbox"/>      | Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/> |                      |                      |
| <b>Cathéter locale</b> <input type="checkbox"/>                     | Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/> |                      |                      |
| <b>Cathéter septicémique</b> <input type="checkbox"/>               | Acquise <input type="checkbox"/> Importée <input type="checkbox"/> |                      |                      |
| <b>Autre (préciser)</b> <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 Mo, 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 *Enterococcus faecium*, préciser si résistance aux glycopeptides ; pour *Enterobacter spp.*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp* , préciser si production d'une BLSE ou d'une carbapénémase.