

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
