

**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