

Personne responsable de la déclaration

Nom :

Fonction :

Etablissement / service :

Adresse :

Tel :

Email :

Signature :

**Infections
associées aux
soins et BHRé**

IMPORTANT : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Adresse :

Téléphone :

Commune domicile :

Date de déclaration :

Service(s) concerné(s) (précisez le service de découverte si BHRé) :

Etablissement :

1) Critères de signalement (à cocher obligatoirement, une ou plusieurs cases) 1. Colonisation/ Infection à BHRé**2. Infection associée aux soins ayant un caractère particulier du fait :** 2.a. De l'agent pathogène en cause (nature, caractéristiques ou profil de résistance) 2.b. De la localisation de l'infection 2.c. De l'utilisation d'un dispositif médical (DM), lequel : 2.d. De procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux, lors d'un acte invasif. Précisez lesquelles : 3. Décès lié à une infection associée aux soins 4. Infection associée aux soins suspecte d'être causée par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant 5. Maladie devant faire l'objet d'une Déclaration obligatoire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée 6. Autre (épidémie par exemple), précisez :**2) Description de l'évènement**

Evènement n°

Cet évènement se rapporte-t-il à un évènement déjà signalé ? Non Oui Si oui, date du signalement :**Autour du cas :**

- Date d'entrée dans l'établissement :
- Date de l'alerte :
- Circonstances de découverte : (renseigner précisément le contexte si dépistage BHRé)

- Cas groupés ou épidémies : Non Oui
- Type de cas : Infection Colonisation
- Population concernée : Patient(s) Personnel(s)
- Caractère nosocomial : Certain Probable Possible
- Origine du cas : Acquis dans l'établissement Importé
 - Autres établissements concernés : Non Oui Si oui, le(s)quel(s) :

- Site(s) anatomique(s) / type de prélèvement (précisez si DM en culture) :

- Micro-organisme en cause : BMR BHRé
 - Profil de résistance (joindre l'antibiogramme si besoin, notamment si critère 2.a.)

Si BHRé :

- Date du prélèvement positif :
 - Patient dépendant/semi-dépendant : Non Oui Précisez :
 - Incontinence fécale : Non Oui Si oui, précisez :
 - Localisation du patient : Chambre double pendant l'hospitalisation Non Oui Précisez :
Numéro de chambre :
Patient transféré d'un autre service/ établissement ? Non Oui Si oui, précisez le parcours du patient :
 - EVASAN : Non Oui
 - Transfert au cohorting : Non Oui Si non, précisez :
-

3) Investigations réalisées à la date du signalement

Non Oui En cours

Précisez :

- Hypothèse sur la cause de l'évènement : Non Oui
Précisez :
 - Mesures prises ou programmées : Non Oui
Précisez :
 - Besoin d'expertise extérieure : Non Oui
Précisez :
 - Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé : Non Oui
Précisez :
-

4) Informations complémentaires (joindre tout document utile)

Patient, tuteur ou proche informé : Non Oui Si oui, date :

Fiche de liaison BHRé rédigée : Non Oui Si oui, date :

Commentaires additionnels du responsable du signalement (éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel) :

Si BHRé : faire suivre le rapport d'investigation en précisant :

- Historique des antibiotiques
- Historique des hospitalisations
- Dépistages antérieurs
- Autres facteurs de risques d'acquisition et de dissémination (ATCD médicaux, hospitalisation en réanimation, dialyse)
- Conduite et mesures mises en place : dépistage des contacts, gestion des transferts intra/inter-établissement, sectorisation avec équipe dédiée, découverte d'un second cas (2nde fiche), résultats des dépistages...