

FORMULAIRES POUR ENREGISTREMENT SUIVANT « SURVEILLANCE NATIONALE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE »

Consultez le protocole

1.A - Enregistrement Patient et Suivi, option 1 ou 2

IDENTIFIANT PATIENT

DONNEES PATIENT	
Date de Naissance*:	____/____/____ Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Numéro d'Admission:	Date Admission*: ____/____/____ Service: _____
SUIVI PATIENT (option 1 ou 2)	
Date de sortie*:	____/____/____ Statut chez sortie: <input type="checkbox"/> vivant <input type="checkbox"/> décédé
Données disponibles après sortie: O / N	Date des dernières données*: ____/____/____ Fournisseur des données: <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecine ou infirmière hygieniste <input type="checkbox"/> Chirurgien <input type="checkbox"/> Autre
Patient vu après sortie: O / N	Datum du dernier contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> <= 30 j de ingreep <input type="checkbox"/> > 30 d na Type du dernier contact: <input type="checkbox"/> Consultation privée polyclinique <input type="checkbox"/> Consultation privée chirurgien <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Réadmission à l'hôpital <input type="checkbox"/> Autre

* jj/mm/aaaa

1.A – Enregistrement Intervention Chirurgicale, option 1

IDENTIFIANT PATIENT

INTERVENTION CHIRURGICALE		Numéro (1-3)*
Date d'intervention*: ____/____/____		Chirurgien: 1: ____ 2: ____ 3: ____ Equipe SOP: 1: ____ 2: ____ 3: ____
Code de Procédure ICD9-CM (Description) 1: _____ 2: _____ 3: _____		
Classe de Contamination*: 1 2 3 4 9	Score ASA*: 1 2 3 4 5 9	
Heure* de l'incision ____:____ Heure* du dernier point de suture ____:____		Durée de l'intervention*:
Laparo / endoscopie O / N / Inconnu	Intervention elective: O / N / Inconnu	
Option Prophylaxie Antibiotique (PAB): O / N / Inconnu	<input type="checkbox"/> aucun PAB <input type="checkbox"/> PAB routine chirurgicale <input type="checkbox"/> AB thérapeutique ou AB profylactique exceptionnel	

***Numéro**: remplissez un nouveau formulaire pour chaque autre numéro (maximum 3 numéros), **Date**: jj/mm/aaaa, **Heure**: hh:mm, **Durée**: minutes, **Classe de contamination**: 1 : plaies propres; 2 : plaies propres-contaminées; 3 : plaies contaminées; 4 : plaies sales ou infectées; 9 inconnu, **Score ASA**: 1 : Patient sain, 2 : Patient avec atteinte systémique légère, 3 : Patient avec atteinte systémique sérieuse, mais peu invalidante, 4 : Patient avec atteinte systémique invalidante, représentant une menace constante pour sa vie, 5 : Patient moribond; une survie de plus de 24h est improbable, avec ou sans intervention, 9 : inconnu

2.A – Enregistrement Intervention Chirurgicale, option 2

IDENTIFIANT PATIENT

INTERVENTION CHIRURGICALE		Numéro (1-3)*	
Date de l'intervention*: ____ / ____ / ____		Chirurgien: 1: ____ 2: ____ 3: ____	
		Equipe SOP: 1: ____ 2: ____ 3: ____	
Code Opération NHSN (description):		1: ____ 2: ____ 3: ____	
Classe de Contamination*:	1 2 3 4 9	Score ASA*:	1 2 3 4 5 9
Heure* de l'incision Heure* du dernier point de suture	____ : ____ ____ : ____	Durée de l'intervention*: ____	
Laparo / endoscopie	J / N / Inconnu	Intervention multiple*:	0 1 2 3

*Numéro: remplissez un nouveau formulaire pour chaque autre numéro (maximum 3 numéros), Date: jj/mm/aaaa, Heure: hh:mm, Durée: minutes, Classe de contamination: 1 : plaies propres; 2 : plaies propres-contaminées; 3 : plaies contaminées; 4 : plaies sales ou infectées; 9 inconnu, Score ASA: 1 : Patient sain, 2 : Patient avec atteinte systémique légère, 3 : Patient avec atteinte systémique sérieuse, mais peu invalidante, 4 : Patient avec atteinte systémique invalidante, représentant une menace constante pour sa vie, 5 : Patient moribond; une survie de plus de 24h est improbable, avec ou sans intervention, 9 : inconnu, Intervention multiple: 0 = intervention simple, Si plusieurs procédures sont effectuées au cours de la même visite à la salle d'OP, remplissez un des codes suivants: 1 = même incision et même catégorie d'intervention NHSN; 2 = même incision et autre catégorie NHSN; 3 = autres incisions (même ou autre cat. d'intervention NHSN)

1.B – Enregistrement Infection Site Opératoire, option 1,
2 ou 3

IDENTIFIANT PATIENT

INFECTION SITE OPERATOIRE

Date de l'infection*: ____/____/____

Localisation de l'infection: ☐ Partie superficielle de l'incision
☐ Partie profonde de l'incision
☐ Organe / espace concerné par le site opératoire

En cas d'ISO incisionnelle après CBGB: ☐ infection au niveau du thorax
☐ infection au niveau de la jambe

Diagnostic de l'ISO: ☐ pendant l'admission
☐ après la sortie:
policlinique – chirurgien, consultation privée –
médecin généraliste – réadmission – autre

Septicémie secondaire: O / N

Réintervention*: O / N

Réadmission*: O / N

Echantillon: O / N

*Date de l'infection: jj/mm/aaaa, Réintervention: "Y" si une réintervention a eu lieu à la suite de l'ISO, sinon indiquez "N". On considère comme une réintervention, une intervention dans la salle d'OP ou en dehors de celle-ci (par ex. si le transport du patient est difficile ou comporte un risque) sous anesthésie (généralisée ou non) en vue de drainer l'infection. Réadmission: "Y" si une réadmission a eu lieu à la suite de l'ISO ou de la septicémie secondaire; sinon indiquez "N"