

# Questionnaire EHPAD



## Données administratives

<b>Code anonymat</b> de l'EHPAD		_ _ _ _
<b>Code Finess Etablissement</b> de l'EHPAD		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Intitulé</b> de l'EHPAD	texte libre	.....
<b>Ville</b>	texte libre	.....
<b>Département</b>	(codes de 01 à 976)	_ _ _ _
<b>Région</b>	calculée automatiquement lors de la saisie du département	_ _ _
<b>Choix tarifaire</b> de l'EHPAD	<b>1</b> global <b>2</b> partiel	_  inconnu = 9
<b>Statut</b> de l'EHPAD	<b>1</b> public <b>2</b> privé <b>3</b> privé à but non lucratif	_  inconnu = 9
<b>Rattachement à un établissement de santé</b>	<b>1</b> oui <b>2</b> non	_  inconnu = 9
<b>Libellé du groupement</b>	le cas échéant texte libre	.....

## Description des effectifs et de la charge en soins

<b>Capacité autorisée</b> en nombre de lits (hébergement complet)		_ _ _ _ _
<b>GIR moyen pondéré</b> (dernière estimation)		_ _ _ _
<b>PATHOS moyen pondéré</b> (dernière estimation)		_ _ _ _

## Description des ressources humaines et de l'organisation (IAS/ATB)

<b>Présence d'un médecin coordonnateur</b>	<b>1</b> oui <b>2</b> non	_  inconnu = 9
<b>Nombre d'ETP de médecin coordonnateur</b> dédié à l'EHPAD		_ , _ _ _
<b>Présence d'une IDEC</b>	<b>1</b> oui <b>2</b> non	_  inconnu = 9
<b>Nombre d'ETP de personnel / section d'imputation tarifaire « soins »</b>		_ _ _ _ , _ _ _
<b>Nombre d'ETP de personnel / section d'imputation tarifaire « dépendance »</b>		_ _ _ _ , _ _ _
<b>Nombre de médecins potentiellement prescripteurs</b> sur l'EHPAD		_ _ _ _
<b>Accès à une expertise en hygiène</b>	<b>1</b> oui <b>2</b> non	_  inconnu = 9
<b>Présence d'un correspondant en hygiène parmi le personnel de l'EHPAD</b>	<b>1</b> oui <b>2</b> non	_  inconnu = 9
<b>Accès à un référent en antibiothérapie</b>	<b>1</b> oui <b>2</b> non	_  inconnu = 9
<b>Disponibilité des SHA</b> pour l'hygiène des mains des soignants et/ou résidents	<b>1</b> oui <b>2</b> non	_  inconnu = 9

## Description des conditions de l'enquête et information « dénominateur »

Accompagnement de l'EHPAD par un professionnel de l'hygiène pour la réalisation de l'enquête de prévalence

- 1 non
- 2 oui/EOH
- 3 oui/EMH
- 4 oui/Arlin-CClin
- 5 oui/autres

|\_| |      inconnu = 9

Infections validées par un médecin le jour de l'enquête      1 oui      2 non

|\_| |      inconnu = 9

Nombre de résidents éligibles le jour de l'enquête

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents absents le jour de l'enquête pour raison d'hospitalisation

|\_|\_|\_|

- Parmi les résidents éligibles le jour de l'enquête

Nombre de résidents âgés de **85 ans et plus**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents de **sexe masculin**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents porteurs de **sonde urinaire à demeure**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents porteurs de **cathéter sous-cutané (ou perf. sous cut.)**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents porteurs de **cathéter veineux périphérique (CVP)**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents porteurs de **cathéter central d'insertion périphérique (PICC)**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents porteurs de **cathéter veineux central (CVC)**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents porteurs de **chambre à cathéter implantable (CCI)**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents porteurs de **cathéter autre**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents porteurs **d'au moins un cathéter**

|\_|\_|\_|

Nombre de résidents **opérés dans les 30 jours précédant l'enquête**

|\_|\_|\_|