

# Fiche de signalement des Infections Nosocomiales (version 2011) à transmettre sans délai à l'ARS et au CCLIN dont dépend votre établissement

Rappel : Selon les articles L 1413-14 et R 6111-12 à R 6111-17 du code de la santé publique, certains cas d'infections nosocomiales doivent être signalés conjointement à l'ARS et au CCLIN dont dépend votre établissement. L'épisode qui doit être signalé peut être constitué de plusieurs cas d'infections nosocomiales, notamment lorsque les caractéristiques ou modalités de survenue du ou des premiers cas ne permettent pas d'emblée de répondre aux critères énoncés ci-dessous.

Une copie de cette fiche doit être insérée dans le dossier médical du(des) patient(s) concerné(s) (circulaire DHOSIE2 - DGSISD5C n°21 du 22 janvier 2004).

## 1 Données administratives

Etablissement : .....

Code FINESS Etablissement : ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : .....

Code postal : ..... | | | | | | | |

Ville : .....

Statut :  Public  Privé

Privé d'intérêt collectif

Type :  CHR/CHU  CH/CHG  H. Local  CHS/Psy

MCO  SSR  SLD  HIA

CLCC  HAD  Autre

Personne responsable du signalement

(si différente du praticien en hygiène)

Nom : .....

Fonction : .....

Tel : ..... | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fax : ..... | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Courriel : .....

Praticien en hygiène

(ou à défaut représentant de l'EOHH)

Nom : .....

Fonction : .....

Tel : ..... | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fax : ..... | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Courriel : .....

## 2 Critères de signalement (à cocher obligatoirement, une ou plusieurs cases)

1. Infection nosocomiale ayant un caractère rare ou particulier du fait :

1.a. De l'agent pathogène en cause (nature, caractéristiques ou profil de résistance)

Agent pathogène envoyé à un CNR ou laboratoire expert  Non  Oui

Si Oui, date : | | | | | | | | | | Quel CNR ou laboratoire expert : .....

1.b. De la localisation de l'infection

1.c. De l'utilisation d'un dispositif médical (DM), lequel : .....

1.d. De procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux, lors d'un acte invasif

Précisez lesquelles : .....

Si un produit de santé est concerné, lequel : .....

2. Décès lié à une infection nosocomiale

3. Infection nosocomiale suspecte d'être causée par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant

4. Maladie devant faire l'objet d'une Déclaration Obligatoire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée

D.O. faite pour cette maladie :  Non  Oui Date : | | | | | | | | | |

Autre (épidémie par exemple), précisez : .....

• Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas  Non  Oui, précisez alors type(s) et date :

bio-  cosméto-  hémo-  matério-  pharmaco-  réactio-vigilance Date : | | | | | | | | | |

## 3 Description de l'évènement

Evènement n° | | | | | | | | - | | | | | | | | (1) Nombre de cas : | | | | | | | | dont décédés : | | | | | | | |

Date du 1er cas : | | | | | | | | | | Si plusieurs cas, date du dernier cas connu : | | | | | | | | | |

Cet évènement se rapporte-t-il à un évènement déjà signalé ?  Non  Oui Si oui, date de signalement : | | | | | | | | | |

(1) : AAAA-X, où et AAAA est l'année et X le X<sup>ème</sup> évènement signalé par l'établissement depuis le début de l'année.

- Cas groupés ou épidémie :  Non  Oui
- Type de cas :  Infection(s)  Colonisation(s)
- Population concernée :  Patient(s)  Personnel(s)
- Caractère nosocomial :  Certain  Probable  Possible
- Origine du (des) cas :  Acquis dans l'établissement  Importé(s)
- Autre(s) établissement(s) concerné(s) :  Non  Oui Si oui, le(s)quel(s) : .....
- .....
- Site(s) anatomique(s) : .....
- .....
- Microorganisme(s) en cause : .....
- .....
- Profil de résistance (joindre l'antibiogramme si besoin, notamment si critère 1a) : .....
- .....
- Spécialité(s) du(des) service(s) concerné(s) : .....
- .....

#### ④ Investigations réalisées à la date du signalement

Non  Oui  En cours

- Précisez : .....

.....

- Hypothèse sur la cause de l'évènement :  Non  Oui
- Précisez : .....
- .....

#### • Actions d'amélioration :

Prises à la date de signalement  Non  Oui  Sans objet

A programmer :  Non  Oui  Ne sait pas  Sans objet

- Précisez : .....

.....

- Besoin d'expertise extérieure :  Non  Oui
- Précisez : .....
- .....

- Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé :  Non  Oui  En cours  Sans objet
- Précisez : .....
- .....

#### ⑤ Informations complémentaires (joindre tout document utile, établi par l'établissement et rendu anonyme)

**Justification des critères de signalement, description de l'évènement**  
 (éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, n° de fiche vigilance éventuel, etc.) :

.....

.....

**Commentaires additionnels du praticien en hygiène (ou à défaut d'un représentant de l'EOHH)**

.....

.....

Fait à : ..... le : | | | | | | | | | |

Signature : .....