

Enquête Nationale de Prévalence
des Infections Nosocomiales 2006

FICHE PATIENT - Page 1

Code de l'établissement :

N° de fiche

N° de fiche :

SERVICE

Date de l'enquête :

Code du service : *usage interne à l'établissement*

PATIENT

Spécialité :

Date de naissance :

Sexe* : 1. Masculin 2. Féminin

Date d'entrée dans l'établissement :

Indice de gravité MacCabe* : 0. MAC 0 1. MAC 1 2. MAC 2

Immuno-dépression* : 1. OUI 0. NON

Intervention chirurgicale* : 1. OUI (dans les 30 derniers jours) 0. NON

DISPOSITIFS INVASIFS

• Cathéters vasculaires [un ou plusieurs] : 1. OUI 0. NON

Si OUI :- périphérique veineux : 1. OUI 0. NON

- périphérique artériel : 1. OUI 0. NON

- périphérique sous-cutané : 1. OUI 0. NON

- central veineux : 1. OUI 0. NON

- central artériel : 1. OUI 0. NON

• Intubation/trachéotomie : 1. OUI 0. NON

• Sonde urinaire : 1. Ce jour 2. Dans les 7 derniers jours 0. NON

ANTI-INFECTIEUX

• Traitement anti-infectieux (le jour de l'enquête) : 1. OUI 0. NON

Si OUI, mentionner chaque molécule (DCI ou spécialité)

et préciser en regard son indication* :

1. Curatif pour infection communautaire

2. Curatif pour infection nosocomiale

3. Antibio prophylaxie chirurgicale

4. Prophylaxie des infections opportunistes

5. Indications multiples

Molécule(s) / Indication

 /
 /
 /
 /
 /
INFECTION NOSOCOMIALE

Infection nosocomiale (le jour de l'enquête) : 1. OUI 0. NON

Si OUI, remplir la page 2 de ce questionnaire

* En cas de donnée inconnue, coder « 9 »

Prév. 2006



CClin Est
CClin Ouest
CClin Paris-Nord
CClin Sud-Est
CClin Sud-Ouest



Réseau d'Alerte,
d'Investigation et de
Surveillance des
Infections Nosocomiales

Enquête Nationale de Prévalence des Infections Nosocomiales 2006

FICHE PATIENT - Page 2

INFECTION NOSOCOMIALE n°1

- **Siège de l'infection**
- **Origine de l'infection:** 1. Acquis dans l'établi^s 2. Acquis dans un autre établi^s
- **Date du diagnostic**
- **Micro-organisme n°1**
Sensibilité*
- **Micro-organisme n°2**
Sensibilité*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFECTION NOSOCOMIALE n°2

- **Siège de l'infection**
- **Origine de l'infection:** 1. Acquis dans l'établi^s 2. Acquis dans un autre établi^s
- **Date du diagnostic**
- **Micro-organisme n°1**
Sensibilité*
- **Micro-organisme n°2**
Sensibilité*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFECTION NOSOCOMIALE n°3

- **Siège de l'infection**
- **Origine de l'infection:** 1. Acquis dans l'établi^s 2. Acquis dans un autre établi^s
- **Date du diagnostic**
- **Micro-organisme n°1**
Sensibilité*
- **Micro-organisme n°2**
Sensibilité*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* En cas de donnée inconnue, coder « 9 »