

Numéro de fiche |__|__|__|__|__|__|

Numéro de la fiche	(attribué par l'informatique)	_ _ _ _ _
Code établissement	(attribué par le CCLIN)	_ _ _ _ _
LIEU DE SEJOUR		
Code service	(attribué par le CCLIN)	_ _ _ _ _
Procédure de suivi des ISO en post-hospitalisation	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2)	_
PATIENT		
Date de naissance	(jj/mm/aaaa) __/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _
Sexe	<input type="radio"/> Masculin (1) <input type="radio"/> Féminin (2)	_
Date d'hospitalisation	(jj/mm/aaaa) __/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _
Date de sortie du service	(jj/mm/aaaa) __/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _
Etat à la sortie du service	<input type="radio"/> Vivant (1) <input type="radio"/> Décédé (2)	_
INTERVENTION CHIRURGICALE		
Date d'intervention	(jj/mm/aaaa) __/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _
Code de l'intervention principale	(code en 4 lettres) ____ (annexe 3)	_ _ _
Code CCAM (OBLIGATOIRE)	(code en 4 lettres + 3 chiffres) _____ (annexe 4)	_ _ _ _ _ _ _
Classe de contamination (annexe 6)	<input type="radio"/> Propre (1) <input type="radio"/> Propre-contaminée (2) <input type="radio"/> Contaminée (3) <input type="radio"/> Sale/infectée (4) <input type="radio"/> Inconnue (9)	_
Score ASA (annexe 5)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Heure et minute d'incision (hh/mn)	__ h __ mn	_ _ / _ _
Heure et minute de fermeture (hh/mn)	__ h __ mn	_ _ / _ _
Intervention non programmée	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Chirurgie carcinologique	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Si chirurgie orthopédique	<input type="radio"/> Fracture (1) <input type="radio"/> Arthrose (2) <input type="radio"/> Autre (3) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Vidéo-endoscopie chirurgicale	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Procédures multiples	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Pose d'implant et de prothèse	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
INFECTION DU SITE OPERATOIRE		
Présence d'une infection	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2)	_
Date du diagnostic de l'infection	(jj/mm/aaaa) __/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _
Degré de profondeur de l'infection	<input type="radio"/> Superficielle (1) <input type="radio"/> Profonde (2) <input type="radio"/> Organe/espace (3) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Validation de l'ISO par chirurgien	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Critère diagnostique de l'ISO	<input type="radio"/> Pus provenant de l'incision (1) <input type="radio"/> Microbiologie positive (2) <input type="radio"/> Signes locaux d'infection (3) <input type="radio"/> Diagnostic chirurgical (4) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Prélèvements	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Micro-organisme(s) identifié(s) (annexe 8)	Microorganisme 1 + sensibilité	_ _ _ _ _ _ _
	Microorganisme 2 + sensibilité	_ _ _ _ _ _ _
	Microorganisme 3 + sensibilité	_ _ _ _ _ _ _
Réhospitalisation(s) pour cette ISO	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Reprise chirurgicale pour cette ISO	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
SUIVI POST-OPERATOIRE		
Date du dernier contact	(jj/mm/aaaa) __/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _

Surveillance prioritaire 2017 des infections du site opératoire : Fiche patient

Etiquette du patient

Numéro de fiche |__|__|__|__|__|



Numéro de fiche |__|__|__|__|__|

MODULE OPTIONNEL : FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUEL		
Poids (en kg)	___ kg	__ __ __
Taille (en cm)	___ cm	__ __ __
Tabagisme (au moment de l'intervention, les arrêts remontant à plus d'un mois doivent être codés non)	<input type="radio"/> <10 cigarettes/j(1) <input type="radio"/> ≥10 cigarettes/j(2) <input type="radio"/> Non(3) <input type="radio"/> Inconnu (9)	__
Diabète (= glycémie à jeun ≥ 7 mmol/L ou glycémie random ≥ 11,1 mmol/L)	<input type="radio"/> DID (1) <input type="radio"/> DNID (2) <input type="radio"/> Non (3) <input type="radio"/> Inconnu (9)	__
HTA (= TA systolique ≥ 140 mm Hg ou TA diastolique ≥ 90 mm Hg mesurée après 20' de repos et à 2 consultations différentes)	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	__

Numéro de fiche |__| |__| |__| |__| |__|

✂ ✂ ✂ ✂

Numéro de fiche |__| |__| |__| |__| |__|

MODULE OPTIONNEL : EVALUATION DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE		
1 – Administration d'antibiotiques « autour » de cette intervention		
Y-a-t-il une antibiothérapie curative au moment de l'intervention ?	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
Une antibioprofylaxie a-t-elle été administrée ?	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
2 – Information sur le patient		
Poids (en kg)	---	_ _ _
Taille (en cm)	---	_ _ _
3 – Description de l'antibiotique		
a) Première administration :		
Heure d'administration	__ h __ mn	_ _ / _ _
Molécule (DCI ou nom) (annexe 12)	_ _ _ _ _ _ _
Dose (en mg)	_____ mg	_ _ _ _
Dose aminoside (en mg)	_____ mg	_ _ _ _
b) 1^{ère} ré-injection éventuelle		
Heure d'administration	__ h __ mn	_ _ / _ _
Molécule (DCI ou nom) (annexe 12)	_ _ _ _ _ _ _
Dose (en mg)	_____ mg	_ _ _ _
Dose aminoside (en mg)	_____ mg	_ _ _ _
c) 2^{ème} ré-injection éventuelle		
Heure d'administration	__ h __ mn	_ _ / _ _
Molécule (DCI ou nom) (annexe 12)	_ _ _ _ _ _ _
Dose (en mg)	_____ mg	_ _ _ _
Dose aminoside (en mg)	_____ mg	_ _ _ _
d) Durée de l'antibioprofylaxie		
Y a-t-il une prescription d'antibiotiques en sortie de salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ?	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Inconnu (9)	_
3 – Avis du référent INCISO		
Si la stratégie d'antibioprofylaxie est différente du consensus SFAR, l'antibioprofylaxie est-elle en cohérence avec le protocole du service ?	<input type="radio"/> Oui (1) <input type="radio"/> Non (2) <input type="radio"/> Non concerné (3)	_

Numéro de fiche |__| |__| |__| |__| |__|

✂ ✂ ✂ ✂

Numéro de fiche |__| |__| |__| |__| |__|

MODULE OPTIONNEL : PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE			
1 – Préparation de l'opéré			
• Dépilation	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	<input type="radio"/> Sans objet (3)
- Si oui, procédé de dépilation :	<input type="radio"/> tonte (1)	<input type="radio"/> ciseaux (2)	<input type="radio"/> autre (3)
- Si autre :	<input type="radio"/> rasage (1)	<input type="radio"/> chimique (2)	
• Douche pré-opératoire :	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
- Savon utilisé :	<input type="radio"/> simple (1)	<input type="radio"/> antiseptique (2)	
<u>Si chirurgie tête ou cou</u>			
- Shampoing	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
- Type de produit	<input type="radio"/> simple (1)	<input type="radio"/> antiseptique (2)	
2 – Préparation du site opératoire avant l'incision			
• Abord cutané	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
• Abord muqueux	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
• Désinfection du site opératoire	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
Si abord cutané : ATS*	<input type="radio"/> alcoolique (1)	<input type="radio"/> aqueux (2)	
Type d'ATS	<input type="radio"/> à base de chlorhexidine (1)	<input type="radio"/> dérivés iodés (2)	
	<input type="radio"/> chlorés (3)	<input type="radio"/> autre (4)	
Si abord muqueux : ATS	<input type="radio"/> alcoolique (1)	<input type="radio"/> aqueux (2)	
Type d'ATS	<input type="radio"/> à base de chlorhexidine (1)	<input type="radio"/> dérivés iodés (2)	
	<input type="radio"/> chlorés (3)	<input type="radio"/> autre (4)	
• Peau souillée	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
• Détersion	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	<input type="radio"/> NA (3)
• Champ adhésif	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
Si oui, champ imprégné :	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
*ATS : antiseptique NB : détail des familles d'antiseptiques dans le guide de remplissage			
3 – Traçabilité de la préparation cutanée de l'opéré			
• La préparation cutanée de l'opéré est-elle tracée (traçabilité écrite) :	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	
• La préparation du site opératoire avant incision est-elle tracée (traçabilité écrite) :	<input type="radio"/> Oui (1)	<input type="radio"/> Non (2)	