

EXEMPLE DE DÉCLARATION CAS PAR CAS DE BACTÉRIÉMIE D'ORIGINE NOSOCOMIALE

Nosokos - Système de saisie SPIN | Déconnexion

Accueil | Infection | Déclaration périodique | Gestion | Rapports | Recherche avancée | Documentation

Inscription d'une nouvelle infection ?

Patient * ? Modifier...

Installation	No. dossier
Sexe	Date de naissance
Âge actuel	Âge au moment de l'infection
	Poids à la naissance

Type d'infection * ? Modifier...

Regroupement
Infection de site chirurgical/Bactériémies

Type
Bactériémie secondaire à
Infection incisionnelle profonde primaire

Facteur(s) de co-morbidité/risque [3]? Modifier...

- Diabète
- Hyperalimentation IV (< 72h avant l'infection)
- Neutropénie (<500 /mm³)

Numéro d'infection

Date de saisie: 2013-04-15

Date de diagnostic * ? : 2013-04-13

Date de début d'infection ? : AAAA-MM-JJ

Date d'admission à l'hôpital ? : 2013-04-01

Date de congé ? : AAAA-MM-JJ

Diagnostic d'admission

Origine présumée d'acquisition * ?

Localisation	Date d'admission	Date de congé
Chirurgie	2013-04-11	-

Micro-organisme(s)* [1]? Ajouter...

Type micro-organisme
Staphylococcus aureus

Date de prélèvement: 2013-04-13

Type d'analyse du MSSS
Hémoculture (2 bouteilles : aérobie + anaérobie)

Biotype:1
Sensible : Clindamycine, Oxacilline
Résistant : Erythromycine

Évolution* ?

Soins intensifs ? Oui Non Inconnu

Réadmission * ? Oui Non Inconnu

Hospitalisation * ? Oui Non Inconnu

Décès * ? Oui Non Inconnu

Date de décès* : AAAA-MM-JJ

Service(s) médica(aux) * ?[1] Modifier...

- Traumatologie

Chirurgie(s) et procédure(s) invasive(s) [1]? Ajouter...

Type	Date de début	Implant	Associée à l'infection	Cultivé
Chirurgie musculo-squelettique	2013-04-03	non	-	-

Historique du patient ?

Fiche(s) d'infection
Aucune autre infection

Commentaire

Déclarant

Rempli par:

*Nom et prénom de la professionnelle ayant effectuée l'enquête: _____

Nom et prénom du microbiologiste-infectiologue: _____

Déclaration validée: Oui Non

Inscrire

* champs obligatoires