

## DÉCLARATION CAS PAR CAS D'INFECTIONS À ENTÉROCOQUE RÉSISTANT À LA VANCOMYNINE (ERV)

Nosokos Système d'information SPIN (SI-SPIN)
Déconnexion

Accueil Infection Déclaration périodique Gestion Rapports Recherche avancée Documentation

**Inscription d'une nouvelle infection ?**

<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Patient * ?</b> <span style="float: right;">Modifier...</span> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Installation</td> <td style="width: 50%;">No. dossier</td> </tr> <tr> <td>Sexe</td> <td>Date de naissance</td> </tr> <tr> <td>Âge actuel</td> <td>Âge au moment de l'infection</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Poids à la naissance</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">g</td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Type d'infection * ?</b> <span style="float: right;">Modifier...</span> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Regroupement</td></tr> <tr><td>Bactériémies</td></tr> <tr><td>Type</td></tr> <tr><td>Bactériémie primaire</td></tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Micro-organisme(s)* [1]?</b> <span style="float: right;">Ajouter...</span> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Type micro-organisme</td></tr> <tr><td><b>Enterococcus faecalis</b></td></tr> <tr><td>Date de prélèvement</td></tr> <tr><td>2017-03-26</td></tr> <tr><td>Type d'analyse du MSSS</td></tr> <tr><td>Une hémoculture (1 bouteille : aérobie ou anaérobie)</td></tr> <tr><td>Gène(s) de résistance</td></tr> <tr><td>Biotype:1</td></tr> <tr><td><i>Résistant</i> : Vancomycine</td></tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Évolution* ?</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Soins intensifs ?</td><td><input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu</td></tr> <tr><td>Réadmission * ?</td><td><input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu</td></tr> <tr><td>Hospitalisation * ?</td><td><input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu</td></tr> <tr><td>Décès * ?</td><td><input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu</td></tr> <tr><td>Date de décès*</td><td>AAAA-MM-JJ</td></tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Service(s) médical(aux) * ?</b> <span style="float: right;">Modifier...</span> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>[1]</td></tr> <tr><td>• Médecine Interne</td></tr> </table> </div>	Installation	No. dossier	Sexe	Date de naissance	Âge actuel	Âge au moment de l'infection		Poids à la naissance		g	Regroupement	Bactériémies	Type	Bactériémie primaire	Type micro-organisme	<b>Enterococcus faecalis</b>	Date de prélèvement	2017-03-26	Type d'analyse du MSSS	Une hémoculture (1 bouteille : aérobie ou anaérobie)	Gène(s) de résistance	Biotype:1	<i>Résistant</i> : Vancomycine	Soins intensifs ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu	Réadmission * ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu	Hospitalisation * ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu	Décès * ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu	Date de décès*	AAAA-MM-JJ	[1]	• Médecine Interne	<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Co-variable(s)/facteur(s) de risque [1]?</b> <span style="float: right;">Modifier...</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>ERV - Nouveau porteur</li> </ul> </div> <div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Fiche(s) complémentaire(s)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Origine présumée d'acquisition de la souche (ERV ou BGNPC seulement)*</li> </ul> </div>	<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Numéro d'infection</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Date de saisie</td><td>2017-04-13</td></tr> <tr><td>Date de diagnostic * ?</td><td>2017-03-26</td></tr> <tr><td>Date de début d'infection ?</td><td>AAAA-MM-JJ</td></tr> <tr><td>Date d'admission à l'hôpital ?</td><td>AAAA-MM-JJ</td></tr> <tr><td>Date de congé ?</td><td>AAAA-MM-JJ</td></tr> <tr><td>Diagnostic d'admission</td><td></td></tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Origine présumée d'acquisition * ?</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Localisation</td> <td>Date d'arrivée</td> <td>Date de départ</td> </tr> <tr> <td>Médecine</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> </div>	Date de saisie	2017-04-13	Date de diagnostic * ?	2017-03-26	Date de début d'infection ?	AAAA-MM-JJ	Date d'admission à l'hôpital ?	AAAA-MM-JJ	Date de congé ?	AAAA-MM-JJ	Diagnostic d'admission		Localisation	Date d'arrivée	Date de départ	Médecine	-	-
Installation	No. dossier																																																						
Sexe	Date de naissance																																																						
Âge actuel	Âge au moment de l'infection																																																						
	Poids à la naissance																																																						
	g																																																						
Regroupement																																																							
Bactériémies																																																							
Type																																																							
Bactériémie primaire																																																							
Type micro-organisme																																																							
<b>Enterococcus faecalis</b>																																																							
Date de prélèvement																																																							
2017-03-26																																																							
Type d'analyse du MSSS																																																							
Une hémoculture (1 bouteille : aérobie ou anaérobie)																																																							
Gène(s) de résistance																																																							
Biotype:1																																																							
<i>Résistant</i> : Vancomycine																																																							
Soins intensifs ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu																																																						
Réadmission * ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu																																																						
Hospitalisation * ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu																																																						
Décès * ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu																																																						
Date de décès*	AAAA-MM-JJ																																																						
[1]																																																							
• Médecine Interne																																																							
Date de saisie	2017-04-13																																																						
Date de diagnostic * ?	2017-03-26																																																						
Date de début d'infection ?	AAAA-MM-JJ																																																						
Date d'admission à l'hôpital ?	AAAA-MM-JJ																																																						
Date de congé ?	AAAA-MM-JJ																																																						
Diagnostic d'admission																																																							
Localisation	Date d'arrivée	Date de départ																																																					
Médecine	-	-																																																					
Infection liée à l'installation déclarante.																																																							
<b>Chirurgie(s) et procédure(s) invasive(s)?</b> <span style="float: right;">Ajouter...</span> <p>Aucune chirurgie / procédure invasive</p>																																																							

Mis à jour le 1<sup>er</sup> avril 2017

## DÉCLARATION PÉRIODIQUE DES COLONISATIONS À ERV

Noskos Système d'information SPIN (SI-SPIN)
Déconnexion

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

**Déclaration périodique des colonisations à ERV**

**Numéro de la déclaration :**  
**Année :**   
**Période :**   
**Installation :**

**Nouvelles colonisations ERV ?**

Entrée de formulaire	Valeur
* Nombre total de colonisations ERV détectées par test de dépistage ?	<input type="text"/>
* Nombre total de colonisations ERV détectées à partir de spécimen cliniques ?	<input type="text"/>
<b>Total des nouvelles colonisations ERV ?</b>	<input type="text"/>

**Colonisations ERV détectées par test de dépistage selon l'origine d'acquisition ?**

Entrée de formulaire	Valeur
* Catégorie 1a - Cas reliés à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante ?	<input type="text"/>
* Catégorie 1b - Cas reliés à une hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante ?	<input type="text"/>
Catégorie 1c - Cas reliés aux soins ambulatoires de l'installation déclarante ?	<input type="text"/>
Catégorie 1d - Cas reliés à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante ?	<input type="text"/>
Catégorie 2 - Cas reliés à un séjour dans une installation non déclarante ?	<input type="text"/>
Catégorie 3 - Cas d'origine communautaire, non reliés aux milieux de soins ?	<input type="text"/>
Catégorie 4 - Cas d'origine inconnue ?	<input type="text"/>
<b>Total des cas ?</b>	<input type="text"/>

**Colonisations ERV détectées par spécimen clinique selon l'origine d'acquisition ?**

Entrée de formulaire	Valeur
* Catégorie 1a - Cas reliés à l'hospitalisation actuelle dans l'installation déclarante ?	<input type="text"/>
* Catégorie 1b - Cas reliés à une hospitalisation antérieure dans l'installation déclarante ?	<input type="text"/>
Catégorie 1c - Cas reliés aux soins ambulatoires de l'installation déclarante ?	<input type="text"/>
Catégorie 1d - Cas reliés à l'unité de soins de longue durée de l'installation déclarante ?	<input type="text"/>
Catégorie 2 - Cas reliés à un séjour dans une installation non déclarante ?	<input type="text"/>
Catégorie 3 - Cas d'origine communautaire, non reliés aux milieux de soins ?	<input type="text"/>
Catégorie 4 - Cas d'origine inconnue ?	<input type="text"/>
<b>Total des cas ?</b>	<input type="text"/>

**Déclarant**

Rempli par:

Nom, prénom de la professionnelle ayant effectué l'enquête:

Nom, prénom du microbiologiste-infectiologue:

Déclaration validée:  Oui  Non

Mis à jour le 1<sup>er</sup> avril 2017