

DÉCLARATION PÉRIODIQUE DES BACTÉRIÉMIES À S. AUREUS / SARM CONSIDÉRÉES NON NOSOCOMIALES OU DITES ACQUISES AILLEURS

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

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

Déclaration périodique des bactériémies à S. aureus/SARM acquises ailleurs

Numéro de la déclaration :

Année : 2016 - 2017 ▾

Période : 13 ▾

Installation : CENTRE DE SANTÉ ▾

Staphylococcus aureus sensible ?

Entrée de formulaire	Valeur
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"/>
Total des cas ?	<input type="text"/>

Staphylococcus aureus résistant (SARM) ?

Entrée de formulaire	Valeur
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"/>
Nombre de porteurs connus parmi les cas de catégorie 3	<input type="text"/>
Catégorie 4 - Cas d'origine inconnue ?	<input type="text"/>
Total des cas ?	<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^{er} avril 2017

DÉCLARATION CAS PAR CAS DES BACTÉRIÉMIES À S. AUREUS / SARM D'ORIGINE NOSOCOMIALE

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;"> Patient * ? Modifier... <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</td> <td>Âge au moment de l'infection</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Poids à la naissance</td> </tr> </table> </div>	Installation	No. dossier	Sexe	Date de naissance	Âge	Âge au moment de l'infection		Poids à la naissance	<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Co-variable(s)/facteur(s) de risque ? Modifier... <i>Présence de co-variable(s)/facteur(s) de risque inconnue</i> </div>	<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Numéro d'infection Date de saisie: 2017-04-13 Date de diagnostic * ? : <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> Date de début d'infection ? : <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> Date d'admission à l'hôpital ? : <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> Date de congé ? : <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> Diagnostic d'admission: <input type="text"/> </div>
Installation	No. dossier									
Sexe	Date de naissance									
Âge	Âge au moment de l'infection									
	Poids à la naissance									
<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Type d'infection * ? Modifier... Regroupement: Bactériémies Type: Bactériémie primaire </div>	<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Fiche(s) complémentaire(s) <i>Aucune fiche complémentaire</i> </div>	<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Origine présumée d'acquisition * ? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Localisation</td> <td style="width: 33%;">Date d'arrivée</td> <td style="width: 33%;">Date de départ</td> </tr> <tr> <td>Médecine</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> </div>	Localisation	Date d'arrivée	Date de départ	Médecine	-	-		
Localisation	Date d'arrivée	Date de départ								
Médecine	-	-								
<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Micro-organisme(s)* [1]? Ajouter... Type micro-organisme: Staphylococcus aureus 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>Sensible</i>: Clindamycine, Erythromycine <i>Résistant</i>: Oxacilline </div>	<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Évolution* ? Soins intensifs ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input checked="" type="radio"/> Inconnu Réadmission * ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input checked="" type="radio"/> Inconnu Hospitalisation * ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input checked="" type="radio"/> Inconnu Décès * ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input checked="" type="radio"/> Inconnu Date de décès* : <input type="text" value="AAAA-MM-JJ"/> </div>	<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Service(s) médical(aux) * ? Modifier... <i>Aucun service médical</i> </div>								
<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Chirurgie(s) et procédure(s) invasive(s)? Ajouter... <i>Aucune chirurgie / procédure invasive</i> </div>										
<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Historique du patient ? Fiche(s) d'infection <i>Aucune autre infection</i> </div>										
<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; min-height: 40px;"> Commentaire </div>										
<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px;"> Déclarant Rempli par: *Nom et prénom de la professionnelle ayant effectuée l'enquête: <input type="text"/> Nom et prénom du microbiologiste-infectiologue: <input type="text"/> </div>										

Déclaration validée: Oui Non

Mis à jour le 1^{er} avril 2017