

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 ?

Patient * ? Modifier...

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

Co-variable(s)/facteur(s) de risque ? Modifier...

Présence de co-variable(s)/facteur(s) de risque inconnue

Numéro d'infection

Date de saisie: 2017-04-13

Date de diagnostic * ? :

Date de début d'infection ? :

Date d'admission à l'hôpital ? :

Date de congé ? :

Diagnostic d'admission:

Type d'infection * ? Modifier...

Regroupement: Bactériémies

Type: Bactériémie primaire

Fiche(s) complémentaire(s)

Aucune fiche complémentaire

Origine présumée d'acquisition * ?

Localisation	Date d'arrivée	Date de départ
Médecine	-	-

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

Sensible: Clindamycine, Erythromycine

Résistant: Oxacilline

Évolution* ?

Soins intensifs ? Oui Non Inconnu

Réadmission * ? Oui Non Inconnu

Hospitalisation * ? Oui Non Inconnu

Décès * ? Oui Non Inconnu

Date de décès* :

Service(s) médical(aux) * ? Modifier...

Aucun service médical

Chirurgie(s) et procédure(s) invasive(s)? Ajouter...

Aucune chirurgie / procédure invasive

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

Mis à jour le 1^{er} avril 2017