

## EXEMPLE DE DÉCLARATION CAS PAR CAS DE BACTÉRIÉMIE ASSOCIÉE À UN CATHÉTER CENTRAL AUX SOINS INTENSIFS

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 g	

**Facteur(s) de co-morbidité/risque [4]?** Modifier...

- Diabète
- Hyperalimentation IV (< 72h avant l'infection)
- Néoplasie hématologique active
- 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:

**Type d'infection \* ?** Modifier...

Régroupement: Bactériémies

Type: Bactériémie primaire associée à un cathéter vasculaire

Sites spécifiques:

- Phlébite purulente /Thrombophlébite septique

**Origine présumée d'acquisition \* ?**

Localisation	Date d'admission	Date de congé
Soins intensifs - Médecine	2013-04-11	-

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

Type micro-organisme: **Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline**

Date de prélèvement: 2013-04-13

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

Biotype:1

Sensible : Vancomycine

Résistant : Gentamicine

**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) médical(aux) \* ?[2]** Modifier...

- Hématologie-Oncologie
- Néphrologie

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

Type	Date de début	Implant	Associée à l'infection	Cultivé
C. central - Cathéter veineux central implanté (Port-A-Cath)	-	-	oui	oui

**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

\* champs obligatoires

Mis à jour le 1<sup>er</sup> avril 2013