

Ami-SPA Questionnaire patient – AMINOSIDE EN PROBABILISTE

No PATIENT : |__|__| Secteur¹ : |__|__|

Date de l'entrée dans l'établissement |__|__| / |__|__| / |__|__|

Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2)..... |__|
 Age (en années pour ≥1 an) |__|__| an Age (en mois pour les < 1 an) |__|__| mois
 Poids (kilogrammes) |__|__| kg
 Créatinine disponible dans les 3 derniers jours oui / non si oui, valeur |__|__| mg
 OU |__|__| μmol
 La fonction rénale est-elle considérée comme normale par le clinicien Oui / Non

A/ Antécédents dans les 3 mois précédant l'hospitalisation actuelle :

Hospitalisation Oui / Non / Ne sait pas

Antibiothérapie Oui / Non / Ne sait pas

B/ Antibiothérapie entre l'admission et la première dose d'aminoside Oui / Non

Si oui, code(s) molécule(s) ²	1/ __ __	2/ __ __	3/ __ __
--	-----------	-----------	-----------

(Saisir les 3 plus récentes - ne pas prendre en compte l'antibioprophylaxie)

C/ Aminosités (AMI) (codes³ : amikacine=7, gentamicine=51, tobramycine=97, nétilmicine=69)

Code AMI ³	Date début	Date de fin	Site infection suspectée ⁴	Choc septique ^o	Indication * AMI ⁵	Dose de chaque injection (mg)	N d'injection / jour	Mode d'administration
	__ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __	__ __	Oui / Non	__ __	__ __	__	IV 30 min/IV 60 min / IM/SC/IV autre durée

(°Choc septique : voir définition dans le manuel - * indication AMI : ne pas remplir si choc septique = OUI)

- Epuration extra-rénale continue : OUI / NON (cocher oui si épuration débutée avant 1^{ère} administration d'aminoside)

- Hémodialyse intermittente : OUI / NON , si oui => moment de l'injection de l'aminoside : avant dialyse / après dialyse

D/ Autres antibiotiques reçus par le patient le jour de la 1^{ère} administration de l'aminoside

Code Molécule ²	Date 1 ^{ère} dose	Date dernière dose
__ __	__ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __
__ __	__ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __
__ __	__ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __

E/ Durée du traitement par aminosides > 72 heures: Oui / Non (si non allez en F/)

si Oui (durée > 72 h) : motif ?

Motif de la poursuite >72 heures (plusieurs réponses possibles)	
- Site de l'infection	<input type="checkbox"/>
- Espèce bactérienne isolée	<input type="checkbox"/>
- Profil de résistance aux antibiotiques	<input type="checkbox"/>
- Gravité du patient	<input type="checkbox"/>
- Présence d'une bactériémie	<input type="checkbox"/>
- Autres	<input type="checkbox"/>

si Oui (durée > 72 h) : quel est le site de l'infection traitée⁴ : |__|__| (réponse peut être différente que pour l'infection suspectée en C/)

: Y a-t-il une documentation bactériologique de l'infection traitée : Oui / Non
 si oui , saisir les espèces bactériennes isolées :

Bactérie isolée du site de l'infection traitée > 72 h ⁷	
- Code bactérie 1	__ __
- Code bactérie 2	__ __
- Code bactérie 3	__ __
- Code bactérie 4	__ __

F/ Dosage de l'aminoside

Temps	Aucun	Date dosage 1	Date dosage 2	Date dosage 3	Date dosage 4	> 4 dosages
Pic	<input type="checkbox"/>					OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Résiduel/creux	<input type="checkbox"/>					OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>

Ami-SPA Questionnaire patient – AMINOSIDE & BACTERIO INITIALEMENT DOCUMENTEE

No PATIENT : |__|__|__| Secteur¹ : |__|__|

Date de l'entrée dans l'établissement |__|__| / |__|__| / |__|__|

Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2)..... |__|
 Age (en années pour ≥1 an) |__|__| an Age (en mois pour les < 1 an) |__|__| mois
 Poids (kilogrammes) |__|__|__| kg
 Créatinine disponible dans les 3 derniers jours oui / non si oui, valeur |__|__| mg
 OU |__|__|__| μmol
 La fonction rénale est-elle considérée comme normale par le clinicien Oui / Non

A/ Antécédents dans les 3 mois précédant l'hospitalisation actuelle :

Hospitalisation Oui / Non / Ne sait pas

Antibiothérapie Oui / Non / Ne sait pas

B/ Antibiothérapie entre l'admission et la première dose d'aminoside Oui / Non

Si oui, code(s) molécule(s) ²	1/ __ __ __	2/ __ __ __	3/ __ __ __
--	--------------	--------------	--------------

(Saisir les 3 plus récentes - ne pas prendre en compte l'antibioprophylaxie)

C/ Aminocides (AMI) (codes : amikacine=7, gentamicine=51, tobramycine=97, nétilmicine=69)

Code AMI ³	Date début	Date de fin	Site infection documentée ⁴	Choc septique ^o	Indication * AMI ⁶	Dose de chaque injection (mg)	N° d'injection / jour	Mode d'administration
	__ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __	__ __	oui / Non	__ __	__ __ __	__	IV 30 min/IV 60 min / IM/SC/IV autre durée

(°Choc septique : voir définition dans le manuel - * indication AMI : ne pas remplir si choc septique = OUI)

- Epuration extra-rénale continue : OUI / NON (cocher oui si épuration débutée avant 1^{ère} administration d'aminoside)

- Hémodialyse intermittente : OUI / NON , si oui => moment de l'injection de l'aminoside : avant dialyse / après dialyse

D/ Autres antibiotiques reçus par le patient le jour de la 1^{ère} administration de l'aminoside

Code Molécule ²	Date 1 ^{ère} dose	Date dernière dose
__ __ __	__ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __
__ __ __	__ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __
__ __ __	__ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __

E/ Bactériologie

Bactérie(s) isolée(s) du site de l'infection ⁷	
- Code bactérie 1	__ __ __ __ __ __
- Code bactérie 2	__ __ __ __ __ __
- Code bactérie 3	__ __ __ __ __ __
- Code bactérie 4	__ __ __ __ __ __

Présence d'un profil de résistance chez au moins une des bactéries 1, 2, 3 ou 4 (plusieurs réponses possibles si plusieurs profils détectés)	
- Entérobactérie productrice de BLSE	<input type="checkbox"/>
- Entérobactérie R aux C3G mais non BLSE	<input type="checkbox"/>
- Entérobactérie R à l'imipénème	<input type="checkbox"/>
- Entérobactérie R aux Fluoroquinolones	<input type="checkbox"/>
- <i>P. aeruginosa</i> R ticarcilline ou pipéracilline	<input type="checkbox"/>
- <i>P. aeruginosa</i> R ceftazidime	<input type="checkbox"/>
- <i>P. aeruginosa</i> R imipénème	<input type="checkbox"/>
- <i>Acinetobacter</i> R imipénème	<input type="checkbox"/>
- SARM	<input type="checkbox"/>
- Aucune des bactéries 1, 2, 3 ou 4 ne possède un des profils ci-dessus	<input type="checkbox"/>

F/ Durée du traitement par aminosides > 72 heures : Oui / Non (si non allez en G/)

- si oui (durée de plus de 72 heures) : remplir ci dessous le motif de poursuite

Motif de la poursuite >72 heures (plusieurs réponses possibles)	
- Site de l'infection	<input type="checkbox"/>
- Espèce bactérienne isolée	<input type="checkbox"/>
- Profil de résistance aux antibiotiques	<input type="checkbox"/>
- Gravité du patient	<input type="checkbox"/>
- Présence d'une bactériémie	<input type="checkbox"/>
- Autres	<input type="checkbox"/>

G/ Dosage de l'aminoside

Temps	Aucun	Date dosage 1	Date dosage 2	Date dosage 3	Date dosage 4	Plus de 4 dosages
Pic	<input type="checkbox"/>					OUI / NON
Résiduel/creux	<input type="checkbox"/>					OUI /NON