

Code FINESS de l'établissement .....Sera prérempli

Type établissement.....Sera prérempli

Nombre lits MCO (hors psychiatrie) ..... |\_|\_|\_|\_|

Nombre lits SSR ..... |\_|\_|\_|\_|

Nombre lits SLD ..... |\_|\_|\_|\_|

Nombre total de journées d'hospitalisation complètes ..... |\_|\_|\_|\_|\_|

Score ICATB2010 : ..... |\_|\_|

Consommation (en DDJ) en 2010 pour l'ensemble de l'établissement de :

- tous les antibiotiques (dont carbapénèmes) ..... |\_|\_|\_|\_|\_|

- ertapénème ..... |\_|\_|\_|\_|\_|

- imipénème ..... |\_|\_|\_|\_|\_|

- méropénème ..... |\_|\_|\_|\_|\_|

- doripénème ..... |\_|\_|\_|\_|\_|

Présence d'un référent antibiotique au sens de la circulaire de 2002 : .....Oui / Non

Présence d'un référent antibiotique hors contexte circulaire : .....Oui / Non

Spécialité du référent..... \_\_\_\_\_

ETP de l'activité référent (additionner si plusieurs personnes) ..... |\_|\_|, |\_|\_|

Au moment de l'enquête :

- les carbapénèmes sont-ils à dispensation contrôlée dans votre établissement ? .....Oui / Non

- existe t-il une politique de réévaluation systématique de la prescription des carbapénèmes

\* à 48/72 h ? .....Oui / Non

\* à 7-10 jours ? .....Oui / Non

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée

DDJ : dose définie journalière ; ETP : équivalent temps plein

(à remplir une seule fois)

No PATIENT : |\_\_|\_\_| Secteur<sup>1</sup> : |\_\_|\_\_|

Date de l'entrée dans l'établissement |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / 2011

Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2) ..... |\_\_|  
 Age (en années pour ≥1 an) ..... |\_\_|\_\_| an      Age (en mois pour les < 1 an) ..... |\_\_|\_\_| mois  
 Poids à l'admission (kilogrammes) ..... |\_\_|\_\_| kg  
 Créatinine disponible dans les 3 derniers jours    oui  / non       si oui, valeur ..... |\_\_|\_\_| mg  
 .....OU |\_\_|\_\_| μmol

**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 de carbapénème ..... Oui  / Non**

- Si oui :

Code Molécule <sup>2</sup>	Date 1 <sup>ère</sup> dose	Date dernière dose
__ __	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11
__ __	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11
__ __	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11

**C/ Carbapénème (CP) (codes CP : doripénème=101, ertapénème=47, imipénème=52, méropénème=62)**

Code CP <sup>3</sup>	Date début	Date de fin	Site infection <sup>4</sup>	Type infection	Motif du choix CP <sup>5</sup>	Motif arrêt CP <sup>6</sup>	Dose unitaire (mg)	N de doses unitaires / j	Voie admin.
1	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11		Com / Noso					IV/IM/SC
2	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11		Com / Noso					IV/IM/SC
3	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11		Com / Noso					IV/IM/SC

**D/ Tracabilité ECRITE de la prescription de chaque carbapénème dans le dossier médical du malade (entourer la réponse)**

CP	Motivation de prescription du CP	Ré-évaluation à 72h de la prescription du CP	Motif de poursuite <sup>7</sup> du CP après 72 h	Ré-évaluation à 7-10 jours*	Durée prévue de prescription CP notée
1	Oui / Non	Oui / Non		Oui / Non / NA	Oui / Non
2	Oui / Non	Oui / Non		Oui / Non / NA	Oui / Non
3	Oui / Non	Oui / Non		Oui / Non / NA	Oui / Non

\* uniquement si traitement > 7-10 jours, sinon coder NA = « non adapté »

Intervention d'un référent à un moment de la première prescription de carbapénème : Oui  / Non  / Ne sait pas

Intervention d'un référent à un moment de la ré-évaluation du carbapénème à 48-72 h : Oui  / Non  / Ne sait pas  / NA

**E/ Autres antibiotiques associés au(x) carbapénème(s)**

CodeMolécule <sup>2</sup>	Date 1 <sup>ère</sup> dose	Date dernière dose
	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11
	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11
	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11
	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11

**F/ Bactériologie : si 1<sup>ère</sup> prescription de CP en probabiliste**

Prélèvement fait    Oui  / Non

Si oui : remplir ce tableau

**F/ Bactériologie : Première prescription de carbapénème : Probabiliste\*  / Sur antibiogramme**

Type prel <sup>8</sup>	Date prel	Date ATBg	Espèce <sup>9</sup>	BLSE	TIC	TCC	PTZ	FOX	C3G	FEP	IMI	G	AM	CIP	COT	FUR
	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11		O / N												
	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11		O / N												
	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11		O / N												
	__ __ / __ __ /11	__ __ / __ __ /11		O / N												

**G/ Avis de l'investigateur de l'enquête**

Si CP en probabiliste ..... |\_\_|  
 - 1-conforme au référentiel local, 2-conforme à un autre référentiel ( ex: POPI), 3-conforme à aucun référentiel, 9- pas de référentiel  
 Si CP en traitement documenté ..... |\_\_|  
 - 1-conforme au référentiel local, 2-conforme à un autre référentiel ( ex: POPI), 3- conforme à aucun référentiel, 9- pas de référentiel  
 Désescalade à 48-72 heures ..... |\_\_|  
 0-possible et non faite, 1—faite sans carbapénème, 2- faite avec ertapénème, 3- pas faisable, 4-NA ( ex : patient sorti, DCD)