

Code FINESS de l'établissement Sera prérempli
Type établissement |__|
Nombre lits MCO (hors psychiatrie)..... |__|__|__|__|
Score ICATB2009 : |__|__|
Consommation antibiotique globale en 2009 (DDJ/1000 JH) |__|__|__|__|
Dossier patient informatisé (cf manuel Investigateur)..... |__|
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)..... |__|__|,|__|

(voir codes page 1 du guide)

(à remplir une fois)

SPA2

Questionnaire secteur d'activité

Date de l'enquête |__|__| / |__|__| / 2010

Spécialité du secteur de l'enquête :.....

- Médecine
- Chirurgie
- Obstétrique
- Pédiatrie
- Hématologie
- Oncologie
- Infectiologie
- Réanimation
- SSR

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Prescription **informatisée** des anti-infectieux dans le secteur d'activité.....Oui / Non

Nombre de patients hospitalisés dans le secteur à **9h00** le jour de l'enquête : |__|__|__|

(voir explications page 1 du guide)

(à remplir pour chaque service ou secteur d'activité)

Remplir uniquement si antibiothérapie systémique le jour de l'enquête

No PATIENT : |_|_|_|_| Secteur: |_|_| code FINESS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de l'entrée dans l'établissement |_|_|_|/|_|_|_|/2010

Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2)..... |_|_|
 Age (JJ/MM/YY)..... |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|
 Poids à l'admission (kilogrammes)..... |_|_|_|_| kg
 Créatinine dans les 3 jours oui |_| non |_| si oui, valeur..... |_|_|_| mg
 OU |_|_|_|_| μmol

A/ PROPHYLAXIE MEDICALE (antibiotiques ou antifongiques systémiques) en cours le jour de l'enquête :

ANTI	Molécule (page 4/5)	Dose totale /j (mg)	Nb prises/j	Voie (lm, iv, po, inhal)
P1				
P2				

Cercler la bonne réponse quand nécessaire

B/ TRAITEMENTS antibiotiques ou antifongiques systémiques en cours le jour de l'enquête (hors prophylaxie)

ANTI	Molécule (page 4/5)	Date 1 ^{ère} dose	Dose totale / jour (mg)	Nb prises/j	Voie (lm, iv, po, inhal)	Indication principale de la molécule (page 6)	Comm ou Noso	Autre indication de la molécule (oui/non)
Tt1		_ _ _ / _ _ _ /10					C / N	O / N
Tt2		_ _ _ / _ _ _ /10					C / N	O / N
Tt3		_ _ _ / _ _ _ /10					C / N	O / N
Tt4		_ _ _ / _ _ _ /10					C / N	O / N

Pour au moins une indication, y a-t-il eu un prélèvement microbiologique avant le début du traitement OUI |_|_| / NON |_|_|

C/ Résultats microbiologiques disponibles le jour de l'enquête pour l'indication principale de chaque ATB

Indication principale	Eléments disponibles ED / Culture / ATBg	Espèce (page 7/8)		BMR (page 9)	> 2 espèces	S-I-R Tt1	S-I-R Tt2	S-I-R Tt3	S-I-R Tt4
		Espèce 1/infect	Espèce 2/infect						
ED / C / A		Espèce 1/infect 1	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _				
		Espèce 2/infect 1	_ _ _ _ _ _ _	_ _					
ED / C / A		Espèce 1/infect 2	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _				
		Espèce 2/infect 2	_ _ _ _ _ _ _	_ _					
ED / C / A		Espèce 1/infect 3	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _				
		Espèce 2/infect 3	_ _ _ _ _ _ _	_ _					

Y a-t-il un résultat positif pour antigène : urinaire pneumocoque |_|_|, urinaire légionelle |_|_|, aspergillaire |_|_|

D/ Evaluation du bon usage

ANTI	Recos locales /indication	Motivation notée dans dossier (Oui / Non)	Si > 72h : évaluation notée (Oui / Non)	Durée de prescription notée (Oui / Non)
T1	Oui / non / absence	O / N	O / N	O / N
T2	Oui / non / absence	O / N	O / N	O / N
T3	Oui / non / absence	O / N	O / N	O / N
T4	Oui / non / absence	O / N	O / N	O / N

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