

SPA2 Questionnaire patient

No PATIENT : |_|_|_|_| Secteur: |_|_| code finess |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 Date de l'entrée dans l'ets |_|_|_| / |_|_|_| / 2010

Si antibiothérapie systémique le jour de l'enquête :

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

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

ANTI	Molécule	Dose totale /j (mg)	Nb prises/j	Voie Im, 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	Date 1 ^{ere} dose	Dose totale /j (mg)	Nb prises/j	Voie (Im, iv, po, inhal)	Indication principale	Comm ou Noso	Autre indication (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/ Documentation microbiologique disponible le jour de l'enquête pour les indications principales

Indication principale	Eléments disponibles ED / Culture / ATBg	Espèce	Res	> 2 esp	S-I-R	S-I-R	S-I-R	S-I-R
					Tt1	Tt2	Tt3	Tt4
	ED / C / A	E1a	_ _ _ _ _ _ _	_	_			
		E1b	_ _ _ _ _ _ _	_	_			
	ED / C / A	E2a	_ _ _ _ _ _ _	_	_			
		E2b	_ _ _ _ _ _ _	_	_			
	ED / C / A	E3a	_ _ _ _ _ _ _	_	_			
		E3b	_ _ _ _ _ _ _	_	_			

y a il un résultat positif : ag urinaire pneumocoque |_|_| ag legionelle |_|_|, ag aspergillaire |_|_|

D/ Evaluation du bon usage

ANTI	Recos locales /indication	Motivation notée dans dossier	Si > 72h : évaluation notée	Durée de prescription notée
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 |_|_|

SPA2 Questionnaire établissement

Code FINESS de l'établissement |__|__|__|__|__|__|__|__|

Type établissement |__|

Nombre lits MCO (hors psychiatrie)..... |__|__|__|__|

Score ICATB2009 : |__|__|

Consommation antibiotique globale en 2009 (DDJ/1000 PD)|__|__|__|__|

Dossier patient informatisé (pour tout l'établissement)|__|

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)..... |__|__|,|__|

SPA2 Questionnaire secteur d'activité

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

Spécialité du secteur de l'enquête :

Médecine	__
Chirurgie	__
Obstétrique	__
Pédiatrie	__
Hématologie	__
Oncologie	__
Infectiologie	__
Réanimation	__

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 : |__|__|__|