

SPABACT : Traitement des bactériémies et des fongémies

Centre : _____

Patient: __/__/30

1 – Microbiologie

Date de prélèvement de la 1ère hémoculture positive : |__|_| / |__|_| / |__|_|
 Heure de prélèvement de la 1ère hémoculture positive : |__|_| h |__|_| mn
 Nombre de flacons d'hémocultures positifs: |__|_|
 Code du micro-organisme et niveau de résistance éventuel N°1 |__|_| |__|_| |__|_|
 (codes Réa-Raisin en annexe) N°2 |__|_| |__|_| |__|_|
 Date de positivité de l'examen direct |__|_| / |__|_| / |__|_|
 Date de l'identification du micro-organisme (espèce)..... |__|_| / |__|_| / |__|_|
 Date de la mise en évidence d'une résistance éventuelle (BLSE/SARM/EPC/ABRI/PARC) : |__|_| / |__|_| / |__|_|
 Méthode employée :
 1-Antibiogramme diffusion ; 2-Antibiogramme dilution ; 3-GenXpert ; 4-PCR autre ; 5- autre |__|_|
 Date du rendu de l'antibiogramme complet |__|_| / |__|_| / |__|_|

2 - Descriptif patient:

Service ou secteur d'hospitalisation du patient: |__|_|
 Date d'entrée dans l'établissement : |__|_| / |__|_| / |__|_|
 Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2) |__|_|
 Age : |__|_| mois si < 1an ou |__|_|_| ans
 Poids (kilogrammes) |__|_|_| kg
 Allergie aux β-lactamines: 1- oui 2 -non si OUI, choc anaphylactique |__|_| Quincke |__|_| urticaire géant |__|_|
 Mention d'une insuffisance rénale dans le dossier médical : 1- oui 2 -non |__|_|

3 – Descriptif épisode:

Origine de la bactériémie : |__|_|
 1-communautaire, 2-nosocomial acquis dans l'établissement, 3- nosocomial importé, 4-associée aux soins mais non nosocomiale
 Liée à un acte invasif : 1- oui 2 -non |__|_|
 Porte d'entrée/localisation:..... |__|_|
 1- cathéter vasculaire, 2-poumon, 3-Urinaire, 4-Digestif, 5-Peau/tissus mous, 6-Os, 7-Endocardite, 8-Méningée, 9-Autre, 10-Inconnue
 Sévérité au moment du diagnostic : 1- sepsis grave 2 -choc septique 3- non sévère |__|_|
 Implication du référent dans la prise en charge : |__|_|
 0 : aucune – 1 avant la prescription AB - 2 après la prescription AB - 3 : avant ET après la prescription AB

4 - Traitement (prendre en compte le relais oral mais pas les modifications de posologies):

Molécule	Date début	Date fin	Poso /j (mg)	N. adm/j	Voie	S germe 1	S germe2
1 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
2 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
3 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
4 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
5 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
6 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
7 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
8 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					

Date et Heure d'administration: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_| |__|_|_| h |__|_|_| mn et N° du 1^{er} ATB actif in vitro sur le pathogène 1
 |__|_|

Date et Heure d'administration: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_| |__|_|_| h |__|_|_| mn et N° du 1^{er} ATB actif in vitro sur le pathogène 2
 |__|_|

5 – Devenir (un suivi au moins à j14 est souhaité pour les patients toujours hospitalisés):

Date de fin de suivi : |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|
 Localisation secondaire : 1-Abcès, 2-ostéite, 3-endocardite, 4-Autre, 4-non |__|_|
 Traitement complémentaire d'un foyer source: 1 chirurgie 2-drainage 3-ablation de cathéter 4-autre 5-non |__|_|
 Nécessité de transfert secondaire en réanimation 1- oui 2 -non |__|_|
 Si oui, date de transfert : |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|
 Situation lors de la fin du suivi |__|_|
 1- présent dans l'établissement (MCO) 2- autre hôpital de court séjour- 3- SSR- 4- SLD - 5-EHPAD - 6-Retour à domicile - 7- HAD - 8- DC

Si décès (DC), quel est le lien à la bactériémie | |

1-Très probable (ex : choc septique à BGN), 2-Possible (autres), 3-Peu probable (autre cause de DC, ex IDM). Selon avis du praticien prenant en charge le patient