

InVS – C.CLIN (RAISIN)
Investigation *Acinetobacter baumannii* BLSE 2003-2004
Questionnaire patient à retourner au C.CLIN

Etablissement :
 Nom :
 Prénom :
 N° cas : | | | - | | | |

✂ à découper et conserver par l'EOH

Informations patient

N° cas : | | | | | - | | | | | (nom établissement + n° séquentiel patient)
 Nom : | | | | | (3 premières lettres) Prénom : | | | | | (3 premières lettres)
 Date naissance : | | | | | | | | | | (jj – mm – aaaa) Sexe : | | (1 = homme, 2 = femme)

Informations souche(s) : à remplir par le microbiologiste de l'établissement (utiliser verso si >3 prélèvements).

prélèvement(s) avec isolement de *A. baumannii* au phénotype de R compatible avec l'existence d'une BLSE (cas probable) ;
 Indiquer référence souche si transmise au laboratoire expert : les résultats de PCR permettront de confirmer le cas.

Date de prélèvement	Type	Dépistage ?	Phénotype compatible	Image de synergie	Référence souche
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Informations cliniques : à remplir par l'EOH en collaboration avec le clinicien responsable du patient.

Ce cas correspond : à un patient infecté (infection clinique répondant aux définitions des 100 recommandations)
 Si oui, Date d'infection (premiers signes) Type d'infection (selon 100 recommandations)
 Site 1 | | | | | | | |
 Site 2 | | | | | | | |
 Site 3 | | | | | | | |
 à un patient colonisé (dans tous les autres cas)

Le patient est-il décédé lors de son séjour ? oui non
 Si oui, Date du décès : | | | | | | | |
 Décès imputable à l'infection ? certain possible non N/A
 Autre cause de décès à court terme (2 semaines) chez ce patient ? oui non
 Si oui, laquelle :

Informations séjour : à remplir par l'EOH.

Date d'admission : | | | | | | | |
 Transfert ? oui non Si oui, d'où :
 Unité ou service Date d'entrée Date de sortie
 | | | | | | | | (utiliser verso du questionnaire si >3 unités)
 | | | | | | | |
 | | | | | | | |
 Date de sortie : | | | | | | | |
 Transfert ? oui non Si oui, vers où :

Antécédents et facteurs favorisant : à remplir par l'EOH en collaboration avec le clinicien responsable du patient.

intoxication alcoolique diabète BPCO Insuf. Cardiaque
 immunodépression, précisez : présence de plaie(s) ou d'escarre(s)
 hospitalisation antérieure dans les 12 mois acte chirurgical dans les 30 jours précédents
 défaillance viscérale à l'admission, laquelle :
 ASA à l'admission : | | | inconnu Glasgow à l'admission : | | | inconnu
 utilisation de dispositif(s) invasif(s) avant le 1er isolement d'*A. baumannii*
 Si oui, lesquels :
 exploration(s) invasive(s) avant le 1er isolement d'*A. baumannii*
 Si oui, lesquelles :
 traitement(s) antibiotique(s) (IV ou per os) avant le 1er isolement d'*A. baumannii*
 Si oui, lesquels :