



Réseau INCISO 2012

Surveillance des infections du site opératoire

- Guide méthodologique -

Novembre 2011

La surveillance suit le protocole établi au niveau national par le RAISIN :

Groupe de pilotage ISO RAISIN :

CCLIN Ouest : Marion PERENNEC-OLIVIER, Dr Pascal JARNO,

CCLIN Est : Camille NEELS, Dr Loïc SIMON

CCLIN Sud-Ouest : Emmanuelle REYREAU, Dr Anne-Gaëlle VENIER

CCLIN Paris-Nord : Cécilia CAMPION, Pr Pascal ASTAGNEAU, Dr François L'HÉRITEAU

CCLIN Sud-Est : Emmanuelle CAILLAT-VALLET, Dr Claude BERNET, Dr Marine GIARD

InVS : Dr Jean-Michel THIOLET

Experts chirurgiens :

Dr Franck BRUYERE (CHU Tours)

Dr Patrice BAILLET (CH Eaubonne)

Dr Jean-Louis JOST (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)

Dr Laurent MERLO (CH Dreux)

Experts hygiénistes :

Dr Yannick COSTA (CH Lagny-Marne la vallée)

Dr Sandra MALVAUD (CHU Toulouse)

Dr Véronique MERLE (CHU Rouen)

Dr Jean-Christophe SÉGUIER (CH St Germain en Laye)

Coordination au niveau du C.CLIN Paris-Nord:

Coordination générale du programme : F. L'Hériteau

Coordination technique et analyse : C. Champion

Antibioprophylaxie : F. L'Hériteau, J.C. Séguier

SOMMAIRE

Introduction : Principales modifications par rapport à 2011.....	4
1. JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE INCISO.....	5
1.1. Pourquoi surveiller les infections du site opératoire ?	5
1.2. Quel est l'objectif de la surveillance ?	5
1.3. Pourquoi faire une surveillance à partir d'un réseau de services ?.....	5
2. OBJECTIFS.....	6
2.1. Etablissements concernés par le réseau de surveillance.....	6
2.2. Services concernés par le réseau de surveillance	6
3. METHODES	7
3.1. Surveillance au niveau patient (« Patient-based »)	7
3.1.1. Interventions surveillées.....	7
3.1.2. Période de surveillance.....	8
3.1.3. Inscription à la surveillance	8
3.1.4. Recueil des données.....	8
3.1.5. Renseignement des données	9
3.2. Surveillance au niveau service (« Unit-based »)	13
3.2.1. Interventions surveillées.....	13
3.2.2. Période de surveillance.....	13
3.2.3. Inscription à la surveillance	13
3.2.4. Recueil des données.....	14
3.2.5. Renseignement des données	14
3.3. Définition de l'infection du site opératoire (ISO)	17
3.4. Informatisation des données, sécurité et confidentialité.....	17
3.4.1. Saisie et résultats par service	17
3.4.2. Sécurité et confidentialité	18
4. Personnel impliqué dans la surveillance des ISO	18
4.1. Rôle du président de CLIN.....	18
4.2. Rôle du référent IncISO	18
4.3. Rôle du référent médical.....	19
4.4. Rôle du cadre hygiéniste (s'il n'est pas référent).....	19
4.5. Autres services	19
5. NECESSITES D'ORGANISATION	20
6. MODULE OPTIONNEL ANTIBIOPROPHYLAXIE	21
6.1. Pratiques de l'antibioprophylaxie.....	21
6.2. Objectifs	21
6.3. Méthodes.....	21
6.4. Organisation	22
7. Annexes	23

Introduction : Principales modifications par rapport à 2011

En 2012, deux niveaux de surveillance sont proposés :

- Surveillance au niveau patient (« patient-based »)
 - Recueil d'informations sur chaque patient opéré (comme auparavant),
 - Elle seule, permet aux établissements participants de se comparer entre eux
 - Concerne une liste d'interventions dont la surveillance est prioritaire
 - Utilisation du code CCAM pour ces interventions
 - Les interventions ne figurant pas sur la liste ne sont pas concernées par cette surveillance
- Surveillance au niveau service (« unit-based »)
 - Recueil d'informations uniquement en cas d'ISO
 - Utilisation du nombre d'interventions réalisées pendant la période pour le dénominateur
 - Pas de comparaison possible avec les autres établissements
 - Peut concerner toutes les interventions chirurgicales

Les interventions concernées par la surveillance (au niveau patient) en chirurgie urologique ont été modifiées à sur les conseils de l'association Française d'Urologie. Elles sont maintenant

- Les résections transurétrales de la prostate
- Les prostatectomies radicales (et n'incluant plus, comme auparavant, les adénomectomies). Les codes CCCAM correspondant à ces interventions (PROS) ont été modifiés par rapport à 2011

Les hystérectomies vaginales coeliopréparées avec conservation annexielle (JKFA018) ou annexectomie (JKFA006) ont été classées en HYSV plutôt que HYSA

Rappel des modifications récentes

- L'inscription se fait (depuis 2010) en ligne sur le site du CCLIN et la saisie des données directement en ligne sur le serveur WebISO.
- Les indications de l'antibioprophylaxie (ABP) chirurgicale ayant été modifiées par le consensus SFAR de 2010, l'intitulé de certaines interventions a été simplifié depuis 2011 :
 - Les cures de hernie de paroi abdominale seront codées HERN qu'il y ait (ex HERE) ou non (ex HERS) pose d'une prothèse, puisque l'ABP n'est plus recommandée dans aucune situation.

1. JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE INCISO

1.1. Pourquoi surveiller les infections du site opératoire ?

Les infections du site opératoire (ISO) sont la troisième cause par ordre de fréquence décroissante d'infections nosocomiales (IN). Dans l'enquête nationale de prévalence (ENP) des IN réalisée en 2006, elles représentaient 14 % de l'ensemble des IN.

Dans les réseaux de surveillance français, l'incidence des ISO varie de 0,9% pour les patients à faible risque (NNIS=0) à plus de 13% pour les patients à risque élevé (NNIS=3). Près de la moitié des ISO sont profondes, qu'elles soient sous-pariétales ou de l'organe ou de la cavité elle-même, et nécessitent le plus souvent une reprise chirurgicale. La survenue d'une ISO prolonge en moyenne de 7 à 10 jours la durée d'hospitalisation.

La politique nationale de prévention des IN cible les ISO comme une des priorités. Cette priorité est rappelée par la présence de la surveillance des ISO parmi les indicateurs du tableau de bord des IN (« SURVISO » disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/surviso-indicateur-de-realisation-d-une-surveillance-des-infections-du-site-operatoire-iso.html>). Le programme national de prévention des IN 2009-2013 situe la surveillance des ISO parmi les priorités et prévoit, parmi ses objectifs quantifiés de résultats, la réduction du taux d'incidence des ISO¹.

1.2. Quel est l'objectif de la surveillance ?

Le principal objectif de la surveillance est de faire baisser le taux d'incidence des ISO. Les programmes américains de surveillance des IN (SENIC project) ont montré que l'ISO était une IN évitable. Une réduction de 14% du taux d'ISO a été observée après la mise en place d'une politique de lutte contre les IN dans les hôpitaux participant au programme. Sur l'ensemble du réseau IncISO, l'incidence brute des ISO a diminué de 55% et l'incidence en NNIS-0 a diminué de 50% entre 1998 et 2003.

La surveillance des ISO permet également d'évaluer l'impact de certaines mesures de prévention, telles que l'antibioprophylaxie préopératoire.

1.3. Pourquoi faire une surveillance à partir d'un réseau de services ?

L'intérêt du réseau est essentiellement de permettre aux services de se situer par rapport à un ensemble de services réalisant des interventions comparables et de patients comparables (taux standardisés).

Le risque d'ISO augmente avec la sévérité de l'état préopératoire du patient (mesuré par le score ASA), la durée de l'intervention et la classe de contamination de l'intervention (classe d'Altemeier). Ces trois indicateurs permettent d'obtenir en les combinant l'index du NNIS. Cet index, mis au point grâce aux données recueillies par le système national américain de surveillance des IN, permet de calculer des taux d'ISO pour des patients de niveau de risque équivalent.

La surveillance en réseau met à la disposition des services un outil méthodologique "prêt à l'emploi", standardisé, validé, simple. Elle permet le partage d'expérience et la dynamique de groupe. En outre elle peut être couplée à des études ponctuelles visant à évaluer des pratiques ou la mise en place de recommandations.

Cette logique de réseau trouve ses développements dans le réseau national de surveillance des ISO (ISO-RAISIN), coordonné au C.CLIN Ouest. Il regroupe les données des réseaux des 5 C.CLINs. De plus, à l'échelle européenne, une procédure de surveillance est proposée. Elle repose sur la même méthodologie. Cette analyse est limitée à quelques interventions. Elle permet des comparaisons à plus large échelle tenant compte des particularités de prise en charge selon les pays.

¹ Circulaire n°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013

2. OBJECTIFS

Les objectifs de cette surveillance en réseau sont :

- l'évaluation du risque d'infections du site opératoire (ISO) mesuré par :
 - l'incidence des ISO,
 - ou le Ratio Standardisé d'Incidence (RSI), pour des interventions particulièrement fréquentes (« interventions prioritaires »)
- la mesure d'un taux d'incidence des ISO pour chaque intervention surveillée stratifié sur :
 - le niveau de risque,
 - le type d'établissement,
 - la profondeur des infections,afin que chaque service puisse se situer par rapport à la moyenne du réseau.

Des objectifs secondaires sont :

- connaître les caractéristiques des ISO,
- déterminer le(s) type(s) d'intervention pour le(s)quel(s) le risque d'ISO est plus élevé,
- valider une classification des interventions adaptée du NNIS
- valider les indicateurs standardisés du risque ISO.

A terme, cette surveillance doit permettre de :

- renforcer les mesures de contrôle et de prévention des ISO,
- sensibiliser les services de chirurgie à la lutte contre les IN,
- participer à l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital.

2.1. Etablissements concernés par le réseau de surveillance

Tout établissement de santé (ES) réalisant de la chirurgie quel que soit son statut public, privé, ou privé participant au service public hospitalier (PSPH). Tous les types d'ES réalisant de la chirurgie sont concernés: Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), Centre Hospitalier Général (CHG, CH, CHI), établissements privés de court séjour (MCO)...

2.2. Services concernés par le réseau de surveillance

Tout service de chirurgie volontaire, y compris la chirurgie ambulatoire (hôpital de jour).

Pour les établissements pour lesquels les spécialités ne sont pas individualisées en service (ex : établissements privés de court séjour), il est possible de ne faire participer qu'une spécialité chirurgicale. *Cependant, pour que le taux d'infection mesuré ait une précision suffisante, le nombre d'interventions incluses devra être proche de 100.*

Attention ! Dans le cas où plusieurs services de chirurgie d'un même établissement participent à la surveillance, il est recommandé au référent InClSO de bien quantifier la charge de travail supplémentaire, et les moyens dont il dispose.

3. METHODES

3.1. Surveillance au niveau patient (« Patient-based »)

Les modalités de cette surveillance sont les mêmes que celles qui étaient proposées par le réseau jusqu'ici. Pendant la période de surveillance, une fiche est remplie pour chaque patient opéré.

3.1.1. Interventions surveillées

Les interventions surveillées sont à choisir parmi la liste suivante

CODE	Libellé
Chirurgie digestive	
CHOL	Cholécystectomie avec ou sans geste sur la voie biliaire principale
HERN	Cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse
COLO	Chirurgie colo-rectale
APPE	Appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire, péritonite et abcès appendiculaires).
Chirurgie orthopédique	
PTTH	Prothèse totale de hanche de première intention
PTHA	Prothèse de hanche de première intention, à l'exclusion des prothèses totales : hémiarthroplastie, prothèse intermédiaire
RPTH	Reprise de prothèse de hanche (reprise, totalisation ou PTH après arthrodèse)
PTGE	Prothèse articulaire de genou
Neurochirurgie	
LAMI	Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse
HDIS	Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrodèse
Chirurgie urologique	
PROS	Prostatectomie radicale par voie haute
RTUP	Résection transurétrale de prostate
Gynécologie-obstétrique	
MAST	Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, mastectomie totale) à l'exclusion de tumorectomie (TUMO).
TUMO	Tumorectomie du sein avec ou sans curage
Les interventions sur le sein seront analysées ensemble. Il existe 2 codes différents selon que l'antibioprophylaxie chirurgicale est recommandée (MAST) ou ne l'est pas (TUMO)	
HYSA	Hystérectomie par voie abdominale.
HYSV	Hystérectomie par voie vaginale
CESA	Césarienne
Chirurgie vasculaire	
VPER	Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur

Afin de pouvoir calculer un taux d'incidence fiable, il est recommandé à chaque service d'inclure au moins **100 interventions** pendant la période de surveillance. Les services ayant inclus moins de 100 interventions pourront intégrer leurs résultats dans la surveillance nationale, mais l'interprétation de leurs propres résultats sera plus difficile.

3.1.2. Période de surveillance

Inclusions pendant 2 mois entre le **1^{er} janvier** et le **30 juin 2012**

Possibilité d'arrêter la surveillance à partir de 100 interventions

Suivi post-opératoire de 30 jours

Retour des données au plus tard le **15 Septembre 2012.**

3.1.3. Inscription à la surveillance

Un formulaire d'inscription en ligne sera disponible courant décembre sur le site du CCLIN.

Des renseignements sur l'établissement seront à indiquer sur ce formulaire :

- l'hôpital,
- le(s) service(s) participant(s), la(les) intervention(s) surveillée(s),
- le président de CLIN (ou de la sous commission de la CME en charge de la lutte contre les IAS) et ses coordonnées (mail, téléphone).
- le référent établissement et ses coordonnées (mail, téléphone).

Ces renseignements seront reportés par le CCLIN sur le serveur de saisie des données de surveillance.

A la suite de cette inscription, le référent établissement recevra par e-mail l'adresse à laquelle il devra se connecter pour saisir ses données. Le même courrier lui fournira un identifiant et un mot de passe. Il est donc **indispensable** lors de l'inscription de donner **une adresse e-mail valide**.

Si l'établissement a déjà participé auparavant :

- L'établissement doit de nouveau s'inscrire (même si le formulaire d'inscription ne change pas).
- Le nom d'utilisateur et le mot de passe sera le même que l'année précédente si le référent établissement a déjà participé

3.1.4. Recueil des données

Depuis 2010, les données de la surveillance sont **saisies en ligne** sur un **serveur sécurisé**. Il n'est donc plus nécessaire de retourner les données au C.CLIN.

La transmission automatique des données nécessite cependant une validation définitive de la part de l'ES qui les a saisies.

Pendant la durée de la surveillance, un questionnaire est rempli systématiquement pour tout nouvel opéré, passant au bloc opératoire. Les fiches sont à la disposition des personnels dans le bloc opératoire.

Les données recueillies sur cette fiche comprennent :

- Le numéro de la fiche ;
- Les données administratives du patient (sexe, date de naissance, date d'entrée dans l'hôpital et date de sortie du service) ;
- Le type d'intervention et le code CCAM (liste et code en annexe 1)
- Les caractéristiques de l'intervention comprenant :
 - les facteurs nécessaires au calcul de l'index de risque du site opératoire du NNIS (annexe 2) :
 - la durée opératoire (annexe 3)
 - la classe de contamination selon la classification d'Altemeier (annexe 4)
 - le score pré-anesthésique ASA (annexe 5)
 - et d'autres facteurs associés au risque d'ISO au cours des périodes de surveillance précédentes (caractère programmé ou en urgence de l'intervention, vidéoscopie chirurgicale, chirurgie carcinologique);

La date du dernier contact avec le patient

- Le suivi du patient 30 jours après l'intervention (sortie du service, dernières nouvelles reçues, décès éventuel, ré-hospitalisation pour ISO et durée...). Pour des raisons de faisabilité, dans le cas d'une prothèse articulaire, le suivi s'arrêtera à 30 jours après la pose, au lieu d'un an préconisé dans les définitions internationales.
- En cas d'ISO,
 - le site selon 3 degrés de profondeur (superficielle, profond ou touchant une cavité, un organe ou un os) cf. annexe 6;
 - de façon facultative, le critère diagnostique utilisé et le micro-organisme responsable (annexes 7, 8 et 9)

A la sortie du service :

Lors du départ du patient du service, il est recommandé de laisser une copie de la fiche dans le dossier médical. L'original sera transmis au référent de l'enquête dans l'hôpital pour la validation et la saisie des informations.

Une lettre d'information sera remise au patient pour l'informer de la réalisation d'une surveillance pendant les 30 jours qui suivent l'intervention et pour l'inciter à contacter le service de chirurgie en cas de problème.

3.1.5. Renseignement des données

Informations générales

- **Identification de l'établissement.**
- **Type et statut de l'établissement** Ces données sont enregistrées par le CCLIN Paris-Nord lors de l'inscription. Elles s'afficheront automatiquement lors de la saisie. Si une erreur est alors constatée, le référent établissement devra prévenir le CCLIN Paris-Nord qui corrigera cette erreur. Toute modification de ces éléments ne pourra être faite que par le CCLIN Paris-Nord.
- **Code SERVICE et Nom du service :** seront renseignés au moment de l'inscription et s'afficheront automatiquement au moment de la saisie Ces code sont nécessaires à l'**analyse des résultats par service**.
 - Le code **SERVICE**. permet au CCLIN d'identifier les différents services d'un même établissement. Il est laissé au **choix du référent** InClISO pour l'hôpital. Ce code correspondant à une lettre. Il doit être attribué **une fois pour toute au service**. **Si un service participe au réseau InClISO plusieurs années de suite, le code doit être identique** afin de permettre au C.CLIN Paris-Nord et à la coordination nationale d'étudier globalement **l'évolution des tendances** des taux d'ISO des services ayant réalisé plusieurs années de surveillance.
 - Le **Nom du service** sera rempli en clair lors de l'inscription. Il permettra à l'établissement d'identifier ses services lors de la saisie et des analyses locales

Pour les établissements pour lesquels les spécialités ne sont pas séparées en service (ex: établissements privés de court séjour), il est possible d'attribuer un code à chaque spécialité chirurgicale. Cependant, pour que le taux d'ISO mesuré ait une précision suffisante, le nombre d'interventions incluses devra être proche de 100.

- **Endoscopie chirurgicale** : Coelio ou video-chirurgie ou endoscopie chirurgicale **exclusives**
Sont comprises sous ce terme toutes les procédures correspondant aux définitions suivantes.
 - Coeliochirurgie : toutes les explorations et interventions réalisées grâce à un appareillage (optique et accessoire) pénétrant la cavité péritonéale (ex : coeliochirurgie gynécologique et digestive). Seule la coeliochirurgie **exclusive** est concernée : par exemple une cholécystectomie sous coelioscopie secondairement convertie en laparotomie ne sera pas considérée par ce terme.
 - Vidéo-chirurgie : toutes les explorations et interventions réalisées grâce à un appareillage (optique et accessoire) ne pénétrant pas par une cavité naturelle.

La notion de chirurgie ambulatoire, définie par une intervention effectuée chez un patient entré le matin et sorti le soir de l'intervention, ne fait plus partie des items à renseigner obligatoirement. Cette information sera retrouvée à partir des dates d'hospitalisation, d'intervention et de sortie.

Informations sur une éventuelle infection

Lors de la consultation, par le chirurgien ou le correspondant infirmier du service en cas de ré-hospitalisation, avec validation par le chirurgien,

Infection du site opératoire (Oui = 1 / Non = 2) :

Date d'infection : / /

Degré de profondeur (Superficielle = 1 / Profonde = 2 / Organe Espace = 3 / Inconnu = 9 ; annexe 6) :

Validé par le chirurgien (Oui = 1 / Non = 2 / Inconnu = 9) :

Critère diagnostique (Pus = 1 / Germe isolé = 2 / Signe locaux = 3 / Avis chirurgien = 4 ; annexe 7) :

Si critère diagnostique n°2, microorganismes et sensibilités (annexe 8 et 9) :

Réhospitalisation pour ISO (Oui = 1 / Non = 2 / Inconnu = 9) :

Reprise chirurgicale (Oui = 1 / Non = 2 / Inconnu = 9) :

- **Infection du site opératoire** : Classification anatomique en Annexe 6 et critères diagnostiques en Annexe 7.
 - La définition considère comme une ISO toute infection survenue,
 - dans les 30 jours suivant l'intervention
 - dans l'année qui suit l'intervention, pour la mise d'une prothèse ou d'un implant.
 - Cependant, pour des raisons de faisabilité, ne seront considérées ici, que les infections survenant **dans les 30 jours** suivant l'intervention (y compris pour les poses de prothèse articulaire ou d'implant)

Si plusieurs infections ont été relevées: noter la **plus profonde**

A niveau d'infection égal : prendre la 1^{ère} à partir de la date d'intervention

- **Validation de l'ISO par le chirurgien**
- **Date de diagnostic** : date du premier symptôme ou à défaut du premier prélèvement "positif". On considère comme date de l'infection celle du jour où elle remplit les critères de la définition. Selon les situations : début de l'écoulement du pus, diagnostic du chirurgien ou par un membre de l'équipe chirurgicale en charge du patient, date du prélèvement bactériologique, date de la ré-intervention, etc.
- **Critère diagnostique d'ISO (« numéro du cas »)** : Cette question est facultative. Le choix d'y répondre est laissé à chaque service. Elle peut s'appliquer à toutes les interventions ou se limiter à un ou plusieurs types d'interventions. Il est seulement demandé aux services choisissant de répondre à cette question, de **renseigner** (pour un type d'intervention donné) **toutes les interventions de la même façon**.
 - **1** Pus provenant de la partie superficielle ou profonde de l'incision ou d'un drain placé dans l'organe ou l'espace

- **2** Un germe est isolé d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de la partie superficielle de l'incision ou de l'organe ou de l'espace. Ou la partie profonde de l'incision ouverte spontanément ou délibérément par le chirurgien quand le patient présente un des signes suivants : fièvre > 38°C, douleur ou sensibilité localisées, sauf si la culture est négative
- **3** Un signe d'infection (douleur, sensibilité, rougeur, chaleur...) associé à l'ouverture délibérée de la partie superficielle de l'incision par le chirurgien sauf si la culture est négative. Ou un abcès ou un autre signe évident d'infection de la partie profonde de l'incision est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la ré-intervention ou par examen radiologique, ou histopathologique. Ou un abcès ou un autre signe évident d'infection de l'organe ou de l'espace est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la ré-intervention ou par un examen radiologique ou histopathologique
- **4** Le diagnostic d'infection est porté par le chirurgien ou le praticien en charge du patient

Un seul critère diagnostique doit être recueilli selon la hiérarchisation suivante :

Dès qu'un prélèvement microbiologique a conduit au diagnostic, le critère 2 « microbiologie positive » doit être retenu.

En l'absence d'examen microbiologique positif et en présence de pus provenant de l'incision ou d'un drain, le critère 1 « présence de pus » doit être retenu.

En l'absence d'examen microbiologique positif et en l'absence de pus provenant de l'incision ou d'un drain, le critère 3 « signes locaux d'infection (ISO superficielle) ou radiologiques ou constatations per-opératoires de reprise (ISO profonde) » doit être retenu.

En l'absence des signes cliniques ou biologiques précédents dans le dossier médical du patient, le critère 4 « diagnostic d'ISO porté par le chirurgien » doit être retenu.

- **Microbiologie, sensibilité** : Si le critère diagnostique de l'ISO est le numéro 2, il y a possibilité de documenter le micro-organisme (cf. annexe 8 et 9) et pour certains d'entre eux, la sensibilité. Cette question est également facultative. Il est possible de répondre à la question précédente sans répondre à cette question. Comme pour la précédente, il est seulement demandé aux services choisissant de répondre à cette question, de **renseigner** (pour un type d'intervention donné) **toutes les interventions de la même façon**.
- **Réhospitalisation pour ISO** : à remplir seulement s'il s'agit d'une ISO, mais pas s'il s'agit d'une réhospitalisation liée à une complication autre.
- **Reprise(s) chirurgicale(s) pour ISO** : s'il y a eu ISO suite à la 1^{ère} intervention, nécessitant une reprise pendant la période J0 - J30

Suivi post-hospitalisation

Date de dernier contact : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

- **Date des derniers renseignements** (pour l'intervention considérée) :
 - = date de la dernière visite après la sortie
 - = J0 + 30 si patient toujours dans le service
 - = date de sortie du service ou de l'hôpital si le patient n'a pas été revu après la sortie
 - = date de décès, si le patient est décédé dans les 30 jours

Rempli par le coordonnateur de la surveillance au sein de l'hôpital

3.2. Surveillance au niveau service (« Unit-based »)

Cette surveillance ne nécessite le recueil d'informations individuelles que lors de la survenue d'une ISO.

3.2.1. Interventions surveillées

Toutes les interventions chirurgicales réalisées dans le service (ou par l'équipe chirurgicale) pendant la période de surveillance sont surveillées.

On entend par intervention la réalisation d'une ou plusieurs procédures chirurgicales effectuées sur un patient lors d'une seule visite au bloc opératoire. Une procédure chirurgicale est un traitement chirurgical défini dans la classification commune des actes médicaux français (CCAM).

Critères d'inclusion :

- Toutes les interventions chirurgicales sont incluables (voir codes des interventions en annexe 10).
- Tout acte endoscopique à visée thérapeutique, réalisé au bloc de chirurgie par un chirurgien. Les actes effectués par voie naturelle et à visée diagnostique uniquement n'entrent pas dans le cadre de cette surveillance.

Critères d'exclusion :

- les interventions pour pose de voies d'abord vasculaire (voies veineuses centrales, sites implantables),
- les actes de radiologie interventionnelle,
- les poses de Pace Maker ou sonde d'entraînement,
- l'exploration et les biopsies endoscopiques à visée diagnostique exclusive par voies naturelles,
- les actes à visée diagnostique (notamment coéliosopies exploratrices sans acte thérapeutique),
- les réinterventions chirurgicales au niveau d'une même localisation opératoire en raison d'une complication, infectieuse ou non, de l'intervention précédente (sauf si le temps écoulé entre les deux interventions est supérieur à 30 jours),
- Les actes d'endoscopie digestive réalisés par les gastro-entérologues (résection endoscopique de polype, cathétérisme des voies biliaires, sphinctérotomie endoscopique)
- l'accouchement par voie naturelle,
- les IVG (interruption volontaires de grossesses) trop difficiles à suivre,
- les biopsies de prostate
- Les actes d'endoscopie urinaire à visée diagnostique (uréthroscopie, cystoscopie, urétéroscopie), montées ou changement de sonde JJ, dilatation méatique
- Trachéotomie, exérèses de lésions de l'arbre bronchique par laser
- épisiotomie, circoncision, biopsie cutanée, Fécondation In Vitro,
- les incisions d'abcès cutanés superficiels (panaris, abcès de la marge anale, Bartholinite ...),
- les biopsies cutanées
- les pansements de brûlure,
- les injections intra-vitréennes,
- l'ablation d'implants contraceptifs, la pose et le changement de stérilet,

3.2.2. Période de surveillance

Inclusions pendant 2 mois entre le **1^{er} janvier** et le **30 juin 2012**

Retour des données au plus tard le **15 Septembre 2012.**

3.2.3. Inscription à la surveillance

Un formulaire d'inscription en ligne sera disponible courant décembre sur le site du CCLIN.

Des renseignements sur l'établissement seront à indiquer sur ce formulaire :

- l'hôpital,
- le(s) service(s) participant(s), la spécialité du (des) service(s), les interventions surveillées
- le président de CLIN (ou de la sous commission de la CME en charge la lutte contre les IAS) et ses coordonnées (mail, téléphone).
- le référent établissement et ses coordonnées (mail, téléphone).

Ces renseignements seront reportés par le CCLIN sur le serveur de saisie des données de surveillance.

A la suite de cette inscription, le référent établissement recevra par e-mail l'adresse à laquelle il devra se connecter pour saisir ses données. Le même courrier lui fournira un identifiant et un mot de passe. Il est donc **indispensable** lors de l'inscription de donner **une adresse e-mail valide**.

Si l'établissement a déjà participé auparavant :

- L'établissement doit de nouveau s'inscrire (même si le formulaire d'inscription ne change pas).
- Le nom d'utilisateur et le mot de passe sera le même que l'année précédente si le référent établissement a déjà participé.

3.2.4. Recueil des données

Lors de l'inscription, le service précisera sur quelles interventions porte la surveillance. Il précisera, en fin de surveillance, le nombre d'actes qui ont été réalisés.

Des informations individuelles ne seront recueillies que pour les patients présentant une ISO. Ces informations concerneront le patient (âge, sexe, état à l'entrée et à la sortie du service), le séjour (entrée dans l'établissement, sortie du service), l'intervention (code RAISIN, détaillé en annexe 10), et la date de l'ISO, sa profondeur (annexe 6), le micro-organisme (annexes 8 et 9).

Le nombre d'ISO survenues sera rapportés au nombre d'actes réalisées par le service pendant la période de surveillance. Dans les établissements qui ne sont **pas structurés en services** (par exemple les établissements privés de court séjour) la notion de service peut être remplacée par l'ensemble des interventions réalisées par la **même équipe** chirurgicale.

3.2.5. Renseignement des données

Informations générales

- **Identification de l'établissement. Type et statut de l'établissement** Ces données sont enregistrées par le CCLIN Paris-Nord lors de l'inscription. Elles s'afficheront automatiquement lors de la saisie. Si une erreur est alors constatée, le référent établissement devra prévenir le CCLIN Paris-Nord qui corrigera cette erreur. Toute modification de ces éléments ne pourra être faite que par le CCLIN Paris-Nord.
- **Code SERVICE et Nom du service** : seront renseignés au moment de l'inscription et s'afficheront automatiquement au moment de la saisie. Ces codes sont nécessaires à l'**analyse des résultats par service**.
 - Le code **SERVICE**. permet au CCLIN d'identifier les différents services d'un même établissement. Il est laissé au **choix du référent** InClISO pour l'hôpital. Ce code correspondant à une lettre. Il doit être attribué **une fois pour toute au service**. **Si un service participe au réseau InClISO plusieurs années de suite, le code doit être identique** afin de permettre au C.CLIN Paris-Nord et à la coordination nationale d'étudier globalement **l'évolution des tendances** des taux d'ISO des services ayant réalisé plusieurs années de surveillance.
 - Le **Nom du service** sera rempli en clair lors de l'inscription. Il permettra à l'établissement d'identifier ses services lors de la saisie et des analyses locales

Pour les établissements pour lesquels les spécialités ne sont pas séparées en service (ex: établissements privés de court séjour), il est possible d'attribuer un code à chaque spécialité chirurgicale.

- **Interventions surveillées.** Cet item ne sera pas utilisé lors de l'analyse
 - **Définition :** On entend par intervention chirurgicale la réalisation d'une ou plusieurs procédures chirurgicales effectuées sur un patient lors d'une seule visite au bloc opératoire. Une procédure chirurgicale est un traitement chirurgical défini dans la CCAM. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont détaillés au point 3-2-1 pages
- **Nombre d'actes réalisés**

Informations sur une éventuelle infection Informations patient

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2) : _
Date d'hospitalisation : _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Date de sortie : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Etat à la sortie (Vivant = 1 / Décédé = 2) : _

- **Date d'entrée à l'hôpital :** date d'admission pour le séjour en cours (exclusion de la date de "ré-entrée" après permission, sans nouvelle admission)
- **Date de sortie du service :** date à laquelle le patient quitte le service de chirurgie (il peut être orienté vers d'autres services de l'hôpital) ou date du décès s'il y a lieu.
- **Etat à la sortie du service :** préciser si le patient est sorti vivant du service

Informations sur l'intervention

Date d'intervention : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Code d'intervention (annexe 10) : _ _ _ _
Code CCAM (annexe 1) : _ _ _ _ _ _ _

- **Date d'intervention :** date d'entrée au bloc opératoire
- **Intervention chirurgicale :** codage selon la liste (annexe 6) des catégories d'intervention surveillées au niveau service.
- **Code CCAM :** si l'intervention fait par ailleurs partie des interventions surveillées au niveau patient

Lors de la consultation, par le chirurgien ou le correspondant infirmier du service en cas de ré-hospitalisation, avec validation par le chirurgien,

Date d'infection du site opératoire : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Degré de profondeur (Superficielle = 1 / Profonde = 2 / Organe Espace = 3 / Inconnu = 9 ; annexe 6) : _
Si renseigné, microorganismes et sensibilités (annexe 8 et 9) :
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

- **Infection du site opératoire :** Classification anatomique en Annexe 6 et critères diagnostiques en Annexe 7.
 - La définition considère comme une ISO toute infection survenue,
 - dans les 30 jours suivant l'intervention
 - dans l'année qui suit l'intervention, pour la mise d'une prothèse ou d'un implant.
 - Cependant, pour des raisons de faisabilité, ne seront considérées ici, que les infections survenant **dans les 30 jours** suivant l'intervention (y compris pour les poses de prothèse articulaire ou d'implant)

Si plusieurs infections ont été relevées: noter **la plus profonde**

A niveau d'infection égal : prendre la **1^{ère}** à partir de la date d'intervention

- **Date de diagnostic** : date du premier symptôme ou à défaut du premier prélèvement "positif". On considère comme date de l'infection celle du jour où elle remplit les critères de la définition. Selon les situations : début de l'écoulement du pus, diagnostic du chirurgien ou par un membre de l'équipe chirurgicale en charge du patient, date du prélèvement bactériologique, date de la ré-intervention, etc.
- **Microbiologie, sensibilité** : Si le critère diagnostique de l'ISO est le numéro 2, il y a possibilité de documenter le micro-organisme (cf. annexe 8 et 9) et pour certains d'entre eux, la sensibilité. Cette question est également facultative. Il est possible de répondre à la question précédente sans répondre à cette question. Comme pour la précédente, il est seulement demandé aux services choisissant de répondre à cette question, de **renseigner** (pour un type d'intervention donné) **toutes les interventions de la même façon**.

Quel que soit le niveau de surveillance choisi,

- **Tous** les patients opérés dans le service participant, concernés par l'intervention surveillée, doivent être inclus : enfants et adultes, les patients en hôpital de semaine, les patients de chirurgie ambulatoire,...

- Il est nécessaire, afin de repérer toute ISO, d'inciter les chirurgiens à **revoir chaque patient** ou d'obtenir des renseignements **30 jours après l'intervention** pour tous les actes chirurgicaux inclus dans la surveillance : dans le réseau InclISO, plus de 40% des ISO ont pu être identifiées après la sortie du service.

3.3. Définition de l'infection du site opératoire (ISO)

Selon les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales² :

« Une infection est dite nosocomiale si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Ce critère est applicable à toutes les infections. [...] Pour les infections de la plaie opératoire, on accepte comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivants l'intervention. »

Les définitions d'ISO utilisées depuis le début du réseau InClISO, sont celles publiées en 1992 par les CDC³ et reprises en France en 1995⁴ et en 1999 par le CTIN dans ses "100 recommandations"².

Les IN du patient chirurgical, c'est-à-dire celles survenant à distance du site opératoire, (exemple une infection urinaire après chirurgie non urologique) sont exclues de la surveillance.

Les définitions d'ISO ont été modifiées en mai 2007 par le comité technique national de lutte contre les IN et les infections liées aux soins (CTINILS)⁵. Le diagnostic d'ISO fait par le chirurgien ne fait plus partie des critères diagnostiques. Ces nouvelles définitions excluent donc de la surveillance les ISO dont le seul critère diagnostique était l'avis du chirurgien. La proportion d'ISO diagnostiquées de cette façon était de l'ordre de 20% sur les données de 2008 d'InClISO comme du réseau national ISO-RAISIN et peut représenter plus des trois quarts dans certains contextes⁶. L'incidence des ISO pourrait donc être artificiellement diminuée par la suppression de ce critère diagnostique. D'autre part, l'actualisation récente des définitions du CDC⁷ a maintenu l'avis du chirurgien parmi les critères diagnostiques d'ISO. Sa suppression nuirait à la comparabilité internationale des données françaises.

Les définitions des ISO sont **maintenues**. Le **critère diagnostique continue d'être recueilli** (annexe 7). Ce maintien permettra de continuer à évaluer la part de l'avis du chirurgien dans les critères diagnostiques d'ISO et à favoriser l'implication des chirurgiens dans cette surveillance.

Cette question reste facultative : le choix d'y répondre est laissé à chaque service. Elle est applicable à toutes les interventions ou à un type d'intervention. Cependant, afin de pouvoir exploiter l'information, il est demandé aux services choisissant d'y répondre, de **renseigner** (pour un type d'intervention donné) **toutes les interventions de la même façon**.

3.4. Informatisation des données, sécurité et confidentialité

3.4.1. Saisie et résultats par service

Après validation et après l'avoir rendu anonyme (découpage de l'étiquette du patient), la fiche standardisée sera saisie par une personne choisie par le référent. Cette saisie se fera en ligne, sur un serveur sécurisé (l'adresse de l'application de saisie en ligne sera fournie par e-mail au référent établissement après l'inscription). Une validation des données saisies en ligne sera assurée par le référent. Cette validation sera indispensable pour que le CCLIN puisse récupérer les données.

Après cette validation, les données de chaque service seront contrôlées sur la base donnée, par le CCLIN. **En cas de données manquantes ou aberrantes, un e-mail pourra être envoyé au référent afin de compléter ou corriger la fiche. Il est fortement recommandé de valider chacune des fiches papier avant la saisie informatique pour limiter les données manquantes.**

² CTIN. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2^{ème} édition. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, 1999. 121 pages.

³ Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992;13:606-8.

⁴ CCLIN Paris-Nord. Guide de définition des infections nosocomiales. Editions Frison-Roche. Paris 1995: 78 pages.

⁵ CTINILS. Actualisation de la définition des infections nosocomiales. Document validé par le CTINILS le 16 novembre 2006 et présenté par le Haut Conseil de Santé Publique le 11 mai 2007.

⁶ Throckmorton AD, Boughey JC, Boostrom SY, et al. Postoperative prophylactic antibiotics and surgical site infection rates in breast surgery. *Ann Surg Oncol* 2009;16:2464-9.

⁷ Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control* 2008;36:309-32.

Chaque service pourra ainsi saisir ses données et éditer ses propres résultats. De plus, le CCLIN fournira à chaque service les taux d'incidence des ISO de l'ensemble du réseau, stratifiés sur l'index du NNIS. Ce système permettra à chaque service participant de se situer par rapport à la moyenne du réseau.

L'édition automatique des résultats du module optionnel antibioprophylaxie ne sera pas encore disponible cette année sur l'application de saisie. Si vous souhaitez obtenir ce rapport, vous devez faire une demande au CCLIN.

3.4.2. Sécurité et confidentialité

Une déclaration de traitement informatique de données individuelles a été présentée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) par le CCLIN Ouest qui coordonne la surveillance nationale (demande d'avis n° 507451, 12 mars 1997). Chaque nouvel établissement doit déclarer à la CNIL sa participation au réseau de surveillance des ISO. Le CCLIN Paris-Nord met en ligne un modèle de déclaration pour chacun des réseaux de surveillance.

Une lettre type d'information des patients est également proposée aux services par le CCLIN Paris-Nord (annexe 8). Cette lettre informe les patients que le service où ils ont été opérés a mis en place une surveillance des ISO dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des soins et selon les recommandations des autorités sanitaires. Elle les informe également sur leur droit d'accès aux données recueillies. Elle sera transmise aux patients ou affichée dans les services participants.

4. PERSONNEL IMPLIQUÉ DANS LA SURVEILLANCE DES ISO

Plusieurs types de personnels doivent être impliqués dans la démarche du recueil de données : le président du CLIN (ou de la sous-commission de la CME en charge de la lutte contre les IAS), le coordonnateur de l'enquête, le cadre hygiéniste, un référent médical désigné par le chef de service de chirurgie et éventuellement d'autres services annexes (DIM...) (Figure 1).

4.1. Rôle du président de CLIN

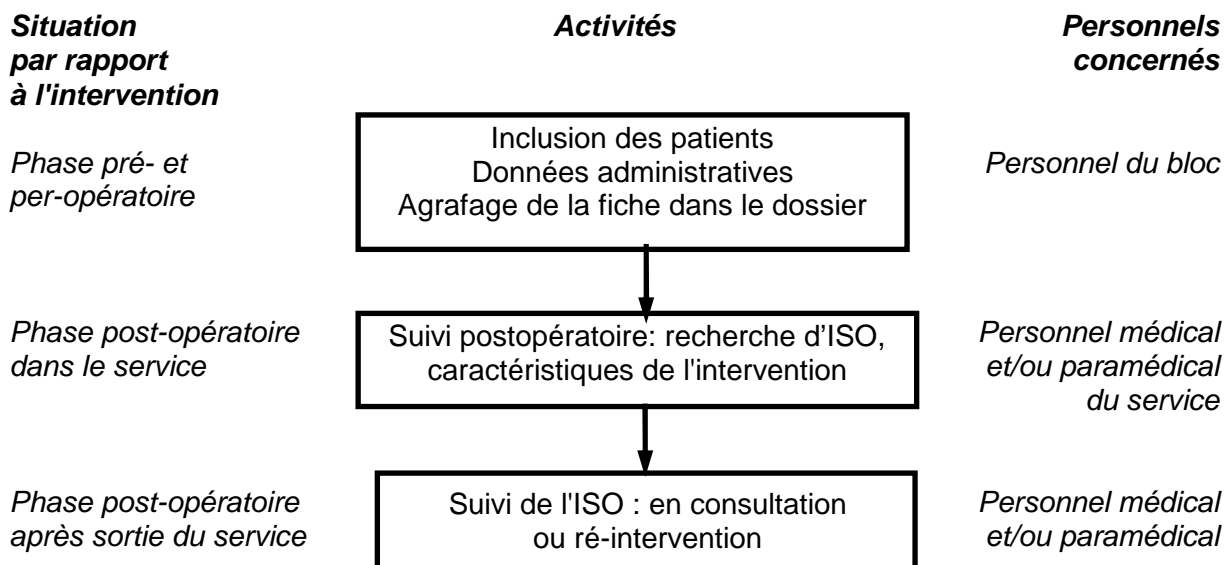
- Est responsable de la mise en place de la surveillance dans les services de chirurgie et dans son établissement,
- Informe la direction et la CME de l'établissement...
- Préviens et convainc les chefs de service de l'intérêt de la surveillance,
- Coordonne lui-même l'enquête ou nomme un référent local de la surveillance en accord avec le service de chirurgie (référent IncISO).

4.2. Rôle du référent IncISO

Le référent IncISO peut être : président du CLIN (ou de la sous-commission de la CME en charge de la lutte contre les IAS), praticien hygiéniste, hygiéniste (infirmier/cadre), chirurgien, anesthésiste, cadre infirmier du service de chirurgie, cadre infirmier de bloc, Responsable qualité,...

- Identifie un référent médical par service,
- Organise la méthodologie du circuit de la fiche,
- Met en place des réunions d'information visant à expliquer les objectifs et le principe de fonctionnement de la surveillance à l'équipe chirurgicale,
- Forme les personnels impliqués à la méthodologie de la surveillance,
- Contrôle le bon déroulement de l'enquête,
- S'assure de la qualité des informations recueillies dans les services et de la bonne information des patients opérés (lettre d'information du patient opéré à afficher dans le service ou à transmettre au patient)
- Avant la saisie informatique : valide les fiches (recherche des données manquantes ou aberrantes),
- Après la saisie : contrôle la présence de doublons ou de données manquantes,
- Transmet les informations entre les différents acteurs (service, CLIN ou sous-commission de la CME en charge de la lutte contre les IAS, C.CLIN...),
- Restitue les informations au chef de service et à l'ensemble de l'équipe chirurgicale avec commentaires explicatifs.

Figure 1: Description du circuit de recueil des données (surveillance niveau patient)



4.3. Rôle du référent médical

- Désigné par le chef de service de chirurgie (chirurgien, anesthésiste ou autre médecin praticien)
- Etablit une méthodologie de surveillance pour le service, en accord avec le coordonnateur.
- Valide l'ISO pendant l'hospitalisation ou lors de la consultation à J30,

4.4. Rôle du cadre hygiéniste (s'il n'est pas référent)

- Assistance technique et méthodologique pour la surveillance ;
- Validation du recueil de données avec le coordonnateur.

4.5. Autres services

- Le Département d'Informatique Médical (DIM) : assure une éventuelle liaison informatique avec les logiciels locaux de données administratives (PMSI, MSI, GILDA...) afin d'éviter la double saisie des données.
- Appui méthodologique.

5. NECESSITES D'ORGANISATION

La bonne réalisation de la surveillance nécessite de bien définir les points suivants, nécessaires au bon déroulement d'une surveillance :

1. Identification des ressources en personnel pour effectuer la surveillance :
 - ⇒ 1 référent InClSO pour l'établissement (désigné par le CLIN, ou par la sous-commission de la CME en charge de la lutte contre les IAS),
 - ⇒ 1 référent médical par service (désigné par le chef de service)
2. Identification des ressources en matériel (ordinateur)
3. Sensibilisation de l'ensemble de l'équipe chirurgicale aux objectifs de la surveillance.
4. Recueil organisé des données au bloc opératoire, dans l'unité de soins et lors du rendez-vous de consultation, 30 jours après l'intervention.
5. Validation de l'ISO en phase postopératoire (dans le service ou lors du rendez-vous de consultation) par le référent médical.
6. Avant saisie informatique : **validation de chaque fiche par le référent InClSO (doublons, données manquantes ou aberrantes, retour au dossier médical du patient si nécessaire...).**
7. Validation des données saisies (permettant leur intégration à a base de données et leur analyse par le CCLIN) dans les 2 mois suivants la fin de la période de surveillance.
8. Edition du rapport de chaque service par le référent InClSO (programme informatique intégré dans le serveur de recueil des données).
9. Restitution à l'ensemble de l'équipe chirurgicale des résultats du service en regard des résultats du réseau fournis par le C.CLIN.

6. MODULE OPTIONNEL ANTIBIOPROPHYLAXIE

6.1. Pratiques de l'antibioprophylaxie

L'antibioprophylaxie (ABP) fait partie des actions de lutte contre les ISO. Selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR), elle doit s'appliquer essentiellement à la chirurgie propre (classe 1 d'Altemeier) prothétique et la chirurgie propre contaminée (classe 2 d'Altemeier).

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital, l'évaluation des pratiques de l'ABP doit être encouragée afin d'optimiser l'effet des antibiotiques et limiter l'impact écologique de leur emploi massif.

L'évaluation de l'ABP entre 2004 et 2008 a montré une conformité aux recommandations variant entre 61 et 65%.

6.2. Objectifs

Principal:

Améliorer la qualité de prescription de l'ABP en chirurgie propre prothétique et propre contaminée.

Spécifiques:

- Mesurer l'écart entre les pratiques réelles de prescription et leur référentiel, concernant les modalités et les indications.
- Inciter à la mise en place d'un outil d'évaluation de la qualité de l'ABP,
- Evaluer les molécules prescrites en ABP chirurgicale (objectif écologique).

6.3. Méthodes

Type d'enquête

Évaluation des pratiques de l'ABP. Enquête multicentrique prospective.

Centres

Centres volontaires pour participer à cette enquête et faisant partie du réseau de surveillance des infections du site opératoire.

Population

Tous les patients inclus dans INCISO pour le service participant. Il est possible d'interrompre ce module optionnel après 50 inclusions consécutives.

Le traitement du questionnaire sur l'ABP ne pourra pas se faire si le patient n'a pas eu de fiche IncISO.

L'évaluation de l'ABP n'est possible que pour les interventions pour lesquelles le consensus de la SFAR a fait une proposition (ces interventions sont précisées en annexe 12). Il est recommandé, avant de participer à ce module de s'assurer que les interventions pratiquées dans le service ont fait l'objet de recommandations de la part de la SFAR.

Comme dans l'inclusion pour la surveillance, les reprises chirurgicales d'une ISO sont exclues.

Référentiel

Les recommandations « Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) », (actualisation 2010 des "Recommandations pour la Pratique de l'Antibioprophylaxie en Chirurgie" de 1999) publiées par la SFAR, seront utilisées comme référentiel.

Les unités de chirurgie peuvent également avoir développé leur propre référentiel, validé par le CLIN (ou la sous-commission de la CME en charge de la lutte contre les IAS) et la commission des anti-infectieux (CAI) ou le comité du médicament (COMEDIMS). Le référent IncISO jugera de la concordance de l'ABP avec ce référentiel.

Dans le questionnaire du module « Antibioprophylaxie », le référent IncISO sera interrogé sur l'existence de protocoles d'ABP dans l'établissement pour la(es) spécialité(s) surveillées. Ces

protocoles devant être validés par le CLIN (ou par la sous-commission de la CME en charge de la lutte contre les IAS) et basés sur les recommandations de la SFAR (Annexe 12).

6.4. Organisation

Cet audit sera réalisé sur une fiche indépendante de la fiche de surveillance InClSO. Le questionnaire sera rempli pendant l'intervention par l'anesthésiste en charge du patient, puis complété secondairement à la fin du traitement prophylactique par l'anesthésiste prescripteur.

Le référent InClSO devra récupérer la fiche ABP si possible dans les 24h après l'intervention ou si nécessaire à la sortie du patient. Il devra vérifier que la feuille de recueil des données est remplie au mieux et devra la compléter si besoin sans oublier de reporter l'**IDNUM** de la fiche surveillance. Dans le cas où le référent est médecin ou chirurgien, un avis lui est demandé concernant l'indication et la qualité de l'ABP.

Après la validation définitive des données, un rapport d'analyse de l'ABP sera envoyé par le CCLIN

Items recueillis :

① Administration d'antibiotiques «autour» de cette intervention

- **Y-a-t-il une antibiothérapie curative au moment de l'intervention ?** |__|
(oui=1, non=2, Ne sait pas=9)
- **Une antibioprophylaxie a-t-elle été administrée ?** |__|
(oui=1, non=2)

Les interventions pour lesquelles il y avait une antibiothérapie curative seront exclues de l'analyse.

② Description de l'antibioprophylaxie

a) Première administration :

- ♦ heure d'administration : |__|__| h |__|__| mn
- ♦ Molécule (DCI ou nom commercial en clair ; annexe 13) : ... |_____|
- ♦ dose (en mg) |__|__|__|__| mg

- **L'horaire d'administration des antibiotiques** utilisés pour l'ABP (1^{ère} administration, 1^{ère} ré-administration). On pourra rappeler à cette occasion l'importance d'une 1^{ère} administration dans les 2 heures précédant l'incision.
- La **molécule** est notée en clair. La saisie des premières lettres du nom de la molécule (DCI ou nom commercial) permettra aux lettres suivantes de s'afficher (cf annexe 12). Certaines associations d'antibiotiques sont recommandées par la SFAR (ex : clindamycine + gentamicine ; amoxicilline-ac. clavulanique + gentamicine ; imidazolés + gentamicine) ; si elles sont utilisées, la saisie de l'association sera possible.
- La **dose d'antibiotique administrée** est à noter en clair (en mg). Si une **association** d'antibiotiques est utilisée (clindamycine + gentamicine, imidazolé + gentamicine, amoxicilline + inhibiteur + gentamicine), la posologie de l'antibiotique qui n'est **pas l'aminoside** (clindamycine, imidazolé, amoxicilline + inhibiteur) sera renseignée.
-

Cette évaluation portera de la même façon sur la 1^{ère} administration et les 2 réinjections ultérieures éventuelles.

- La **durée de l'ABP** sera limitée à la période per-opératoire stricte. On relèvera cependant une éventuelle prescription en SSPI. On ne pourra ainsi pas juger du respect d'une des recommandations de la SFAR qui limite la durée de l'ABP (« *au mieux en per-opératoire, parfois 24 h, exceptionnellement 48 h* »).

7. ANNEXES

Annexe 1 : Liste et codes CCAM des interventions surveillées (niveau patient)

Annexe 2 : Calcul de l'indice du NNIS

Annexe 3 : Durée d'intervention

Annexe 4 : Classe de contamination (Altemeier) par type d'intervention

Annexe 5: Score pré-anesthésique ASA (American Society of Anesthesiology)

Annexe 6 : Classification anatomique des infections du site opératoire (Horan, USA)

Annexe 7 : Critères de définition d'une ISO

Annexe 8 : Micro-organismes

Annexe 9 : Sensibilité des micro-organismes

Annexe 10 : Code InClSO des interventions surveillées au niveau service

Annexe 11 : Fiche d'information patients

Annexe 12 : Recommandations de la SFAR selon les codes InClSO

Annexe 13 : Liste des antibiotiques (module antibioprophylaxie)

Annexe 14 : Questionnaires de la surveillance

Chirurgie digestive / viscérale/ polyvalente/générale

Cholécystectomie
avec ou sans geste sur la voie biliaire principale

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
CHOL	HMFA007	Cholécystectomie, par laparotomie
CHOL	HMFC004	Cholécystectomie, par coelioscopie
CHOL	HMFC001	Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie
CHOL	HMFA004	Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par laparotomie
CHOL	HMFC002	Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par coelioscopie
CHOL	HMFA003	Cholécystectomie par coelioscopie, avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie
CHOL	HMFA008	Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie
CHOL	HMFC003	Cholécystectomie avec cholédochogastrostomie ou cholédochoduodénostomie, par coelioscopie
CHOL	HMFA006	Cholécystectomie par coelioscopie, avec cholédochoduodénostomie par laparotomie
CHOL	HMFA002	Cholécystectomie avec cholédochogastrostomie ou cholédochoduodénostomie, par laparotomie
CHOL	HMFC005	Cholécystectomie avec cholédochojéjunostomie, par coelioscopie
CHOL	HMFA005	Cholécystectomie par coelioscopie, avec cholédochojéjunostomie par laparotomie
CHOL	HMFA001	Cholécystectomie avec cholédochojéjunostomie, par laparotomie

Chirurgie colorectale :

- Dérivation de l'intestin grêle
- Suture de plaie du colon
- colostomie
- dérivation du côlon
- colotomie
- colectomie
- rétablissement de la continuité du côlon après colectomie
- correction des malformations congénitales du côlon
- destruction et exérèse de lésion du rectum
- Suture de plaie du rectum
- rectopexie
- traitement de fistule du rectum
- résection du rectum
- correction des malformations congénitales du rectum
- Résection de prolapsus rectal et de rectocèle
- Autres actes thérapeutiques sur le rectum
- Correction des malformations anorectales congénitales

<i>Codes RAISIN</i>	<i>Codes CCAM</i>	<i>Libellé</i>
		<i>Dérivation de l'intestin grêle</i>
COLO	HGCC015	Iléocolostomie de dérivation [Anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par cœlioscopie
COLO	HGCA005	Iléocolostomie de dérivation [Anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par laparotomie
		<i>Suture de plaie du colon</i>
COLO	HHCC001	Suture de plaie ou de perforation du colon, par coelioscopie
COLO	HHCA001	Suture de plaie ou de perforation du colon, par laparotomie
		<i>Colostomie</i>
COLO	HHAA002	Plastie d'élargissement de stomie cutanée intestinale
COLO	HHCA002	Colostomie cutanée, par laparotomie
COLO	HHCC007	Colostomie cutanée, par cœlioscopie
COLO	HHMA002	Réfection de stomie cutanée intestinale, par laparotomie
COLO	HHMC005	Réfection de stomie cutanée intestinale, par cœlioscopie
COLO	HHSA001	Fermeture de colostomie cutanée latérale, par abord direct
		<i>Dérivation du côlon</i>
COLO	HHCA003	Colocolostomie de dérivation [Anastomose colocolique sans exérèse colique], par laparotomie
COLO	HHCC011	Colocolostomie de dérivation [Anastomose colocolique sans exérèse colique], par cœlioscopie
		<i>Colotomie</i>
COLO	HHPA001	Colotomie à visée thérapeutique, par laparotomie
COLO	HHPC002	Colotomie à visée thérapeutique, par cœlioscopie

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
		Colectomie
COLO	HHFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HHFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HHFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HHFA006	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HHFA009	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HHFA014	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA017	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA018	Colectomie transverse, par laparotomie
COLO	HHFA021	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA022	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par laparotomie
COLO	HHFA023	Colectomie transverse, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HHFA024	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA026	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA028	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HHFA029	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie
COLO	HHFA030	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HHFA031	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par laparotomie
		Rétablissement de la continuité du côlon après colectomie
COLO	HHMA003	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par laparotomie
COLO	HHMC001	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par coelioscopie

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
		Correction des malformations congénitales du côlon
COLO	HHFA003	Résection du côlon pour malformation congénitale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
		Destruction et exérèse de lésion du rectum
COLO	HJFA018	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsacrococcygien [de Kraske]
COLO	HJND001	Destruction de tumeur du rectum, par voie anale
COLO	HJFD002	Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale
COLO	HJFA003	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsphinctérien
		Suture de plaie du rectum
COLO	HJCD002	Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus
COLO	HJCD001	Suture de plaie du rectum par voie anale, avec réparation du muscle sphincter externe de l'anus
COLO	HJCC001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par cœlioscopie
COLO	HJCA001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par laparotomie
		Rectopexie
COLO	HJDC001	Rectopexie, par cœlioscopie
COLO	HJDA001	Rectopexie, par laparotomie
		Traitement de fistule du rectum
COLO	HJSA001	Fermeture d'une fistule rectovaginale haute ou colovaginale acquise, par laparotomie
COLO	HJPA001	Mise à plat d'une fistule rectovaginale acquise, par périnéotomie
COLO	HJFA013	Résection d'une fistule rectovaginale acquise, avec fermeture en un temps par suture musculaire et lambeau d'avancement, par abord périnéal
COLO	HJMA002	Reconstruction de la paroi antérieure de l'anus et du rectum et de la paroi postérieure du vagin, avec sphinctéroplastie anale, par abord périnéal

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
Résection du rectum		
COLO	HJFA001	Résection rectocolique avec abaissement colique rétrorectal par laparotomie, avec anastomose colorectale par voie anale
COLO	HJFA002	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par laparotomie
COLO	HJFA004	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
COLO	HJFA006	Résection rectosigmoïdienne par laparotomie, avec anastomose coloanale par voie anale ou par abord transsphinctérien
COLO	HJFA007	Amputation du rectum, par laparotomie et par abord périnéal
COLO	HJFA011	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
COLO	HJFA012	Proctectomie secondaire par laparotomie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale
COLO	HJFA017	Résection rectosigmoïdienne par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale
COLO	HJFA019	Amputation du rectum, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie et par abord périnéal
COLO	HJFC023	Proctectomie secondaire par cœlioscopie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale
COLO	HJFC031	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie
COLO	HJFA005	Amputation du rectum, par abord périnéal
COLO	HJFA014	Exérèse de moignon rectal résiduel, par abord périnéal
Correction des malformations congénitales du rectum		
COLO	HJFC002	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
COLO	HJFA020	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
COLO	HJFD003	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale avec rétablissement de la continuité, par voie anale
COLO	HJFC001	Résection rectocolique subtotal pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
COLO	HJFA016	Résection rectocolique subtotal pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale
COLO	HJFC003	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
COLO	HJFA015	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale
COLO	HJFA010	Exérèse de duplication du rectum, par abord transsacrococcygien [de Kraske]

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
Résection de prolapsus rectal et de rectocèle		
COLO	HHFA027	Résection complète d'un prolapsus colorectal extériorisé, avec anastomose coloanale et myorrhaphie du plancher pelvien
COLO	HJFA008	Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculature, par abord périnéal
COLO	HJFA009	Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculature, avec réduction d'hédrocèle par abord périnéal
COLO	HJFD004	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature, par voie anale
COLO	HJFD001	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec anoplastie muqueuse postérieure
COLO	HJFD005	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec hémorroïdectomie pédiculaire
Autres actes thérapeutiques sur le rectum		
COLO	HJBA001	Plicature de la paroi antérieure du rectum, par abord périnéal
Correction des malformations anorectales congénitales		
COLO	HJEA003	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal
COLO	HJEA002	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord transsacrococcygien [de Kraske] et par abord périnéal
COLO	HJEA004	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord périnéal médian
COLO	HJEA001	Abaissement du rectum avec cervicocystoplastie, urétroplastie et vaginoplastie pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal
COLO	HJMA001	Anoplastie pour malformation anorectale basse

Cure de hernie de l'aine ou de la paroi abdominale antérieure

- avec ou sans prothèse
- cure uni ou bilatérale de hernie de l'aine
- hernie ombilicale
- ligature du processus vaginal du péritoine

<i>Codes RAISIN</i>	<i>Codes CCAM</i>	<i>Libellé</i>
<i>Cure de hernie de l'aine</i>		
HERN	LMMA001	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
HERN	LMMA002	Cure bilatérale de hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord prépéritonéal unique
HERN	LMMA008	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord prépéritonéal
HERN	LMMA011	Cure d'une hernie fémorale [crurale], par abord inguinofémoral
HERN	LMMA012	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
HERN	LMMA016	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal
HERN	LMMA017	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
HERN	LMMA018	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
HERN	LMMA019	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal
HERN	LMMC001	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
HERN	LMMC002	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
HERN	LMMC003	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
HERN	LMMC004	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
HERN	LMMA006	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct
HERN	LMMA009	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans sans pose de prothèse, par abord direct
HERN	LMMA014	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure avant l'âge de 16 ans, par abord direct
HERN	LMMC020	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par coelioscopie

<i>Codes RAISIN</i>	<i>Codes CCAM</i>	<i>Libellé</i>
		<i>Autres actes thérapeutiques sur le péritoine et les replis péritonéaux</i>
HERN	HPSC001	Ligature du processus vaginal du péritoine [canal péritonéovaginal], par cœlioscopie
HERN	HPSA001	Ligature du processus vaginal du péritoine [canal péritonéovaginal], par abord inguinal

Appendicectomie

<i>Codes RAISIN</i>	<i>Codes CCAM</i>	<i>Libellé</i>
APPE	HHFA001	Appendicectomie par abord de la fosse iliaque
APPE	HHFA011	Appendicectomie par laparotomie
APPE	HHFA016	Appendicectomie par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie.
APPE	HHFA020	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aigue généralisée par laparotomie.
APPE	HHFA025	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aigue généralisée, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie.

Prothèse totale de hanche de première intention

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
PTTH	NEKA020	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale <i>Pose de prothèse totale de hanche</i>
PTTH	NEKA012	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe
PTTH	NEKA014	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire <i>À l'exclusion de : avec utilisation de vis pilotis</i>
PTTH	NEKA010	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe
PTTH	NEKA016	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur
PTTH	NEKA017	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] <i>Pose de prothèse totale pour luxation congénitale haute ou intermédiaire de la hanche</i> <i>Avec ou sans : reconstruction acétabulaire par greffe ou renfort prothétique</i>
PTTH	NEKA021	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur <i>Pose de prothèse totale pour luxation congénitale haute ou intermédiaire de la hanche avec ostéotomie du fémur</i> <i>Avec ou sans : reconstruction acétabulaire par greffe ou renfort prothétique</i>

Prothèses de hanche non totales

PTHA	NEMA018	Arthroplastie coxofémorale par cupule fémorale
PTHA	NEKA018	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique
PTHA	NEKA011	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile

Reprises de prothèse de hanche
reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrodèse

RPTH	NELA003	Pose d'une pièce acétabulaire chez un patient porteur d'une prothèse fémorale cervicocéphalique homolatérale <i>Totalisation d'une prothèse unipolaire de hanche</i>
RPTH	NEKA015	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après ostéosynthèse, ostéotomie ou prothèse cervicocéphalique du fémur <i>Avec ou sans : ablation de matériel prothétique</i>
RPTH	NEKA013	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale
RPTH	NEKA019	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale, avec renfort métallique acétabulaire <i>À l'exclusion de : avec utilisation de vis pilotis</i>
RPTH	NEDA002	Stabilisation d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale par pose de butée supraacétabulaire en matériau inerte, abaissement du grand trochanter et/ou changement de la tête ou du col amovible
Ablation, changement et repose de prothèse coxofémorale <i>Avec ou sans : synovectomie articulaire</i>		
RPTH	NEKA022	Changement d'une prothèse fémorale cervicocéphalique pour une prothèse totale de hanche
RPTH	NEKA004	Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche <i>Avec ou sans : changement de la tête et/ou du col fémoral amovible</i>
RPTH	NEKA009	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse
RPTH	NEKA002	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur
RPTH	NEKA007	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse
RPTH	NEKA005	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur
RPTH	NEKA003	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse
RPTH	NEKA008	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur
RPTH	NEKA006	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur
RPTH	NEKA001	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse
RPTH	NELA002	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, sans reconstruction osseuse

RPTH	NELA001	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, avec reconstruction osseuse <i>Avec ou sans : ostéosynthèse</i>
RPTH	NEGA001	Ablation d'une prothèse totale de hanche avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur
RPTH	NEGA004	Ablation de l'insert intermédiaire d'une prothèse de l'articulation coxofémorale, avec pose d'une pièce acétabulaire

Prothèse de genou

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
		<i>Arthroplastie du genou</i>
		<i>Avec ou sans : ostéotomie de la tubérosité du tibia</i>
PTGE	NFKA006	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse unicompartmentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire
PTGE	NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal
PTGE	NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal
PTGE	NFKA009	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse à charnière fixe ou rotatoire
		<i>Ablation, changement et repose de prothèse du genou</i>
		<i>Avec ou sans :</i>
		<i>- synovectomie articulaire</i>
		<i>- ostéotomie de la tubérosité tibiale</i>
PTGE	NFKA004	Changement de l'insert d'une prothèse unicompartmentaire ou tricompartmentaire du genou
PTGE	NFKA003	Changement d'une prothèse unicompartmentaire du genou
PTGE	NFKA005	Changement d'une prothèse unicompartmentaire du genou pour une prothèse tricompartmentaire <i>Avec ou sans : reconstruction osseuse</i>
PTGE	NFKA001	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, sans reconstruction osseuse
PTGE	NFKA002	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, avec reconstruction osseuse
PTGE	NFLA002	Repose d'une prothèse articulaire du genou, sans reconstruction osseuse
PTGE	NFLA001	Repose d'une prothèse articulaire du genou, avec reconstruction osseuse

Laminectomie

- **Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse**

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
Laminectomie vertébrale		
LAMI	LHFA016	Laminectomie vertébrale sans exploration du contenu intradural, par abord postérieur ou postérolatéral
LAMI	LHFA019	Laminectomie avec exploration du contenu intradural et plastie de la dure mère par abord postérieur ou postérolatéral
LAMI	LHFA024	Laminectomie vertébrale avec exploration du contenu intradural sans plastie de la dure-mère, par abord postérieur ou postérolatéral
Laminarthrectomie [Laminoarthrectomie] vertébrale		
LAMI	LFFA001	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrée totale bilatérale, par abord postérieur
LAMI	LFFA005	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrée totale unilatérale avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LAMI	LFFA006	Laminarthrectomie lombale unilatérale sans ostéosynthèse par abord postérieur
LAMI	LDFA003	Laminarthrectomie cervicale totale bilatérale par abord postérieur.
LAMI	LDFA004	Laminarthrectomie cervicale totale unilatérale avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LAMI	LDFA005	Laminarthrectomie cervicale totale unilatérale sans ostéosynthèse, par abord postérieur

Hernie discale

Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire :

- **par abord postérieur**
- **sans laminectomie,**
- **sans ostéosynthèse**
- **sans arthrodèse**

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
HDIS	LFFA002	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral
HDIS	LFFA003	Exérèse de plusieurs hernies discales de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral
HDIS	LFFA004	Exérèse d'une récurrence d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale préalablement opérée par abord direct, par abord postérieur

Résection transurétrale de prostate

<i>Codes RAISIN</i>	<i>Codes CCAM</i>	<i>Libellé</i>
RTUP	JGFA014	Résection palliative de la prostate (recalibrage de l'urètre), par urétrocystoscopie
RTUP	JGFA015	Résection d'une hypertrophie de la prostate, par urétrocystoscopie

Vésiculoprostatectomie

<i>Codes RAISIN</i>	<i>Codes CCAM</i>	<i>Libellé</i>
PROS	JGFC001	Vésiculoprostatectomie totale, par coelioscopie
PROS	JGFA006	Vésiculoprostatectomie totale, par laparotomie

Chirurgie mammaire

(abcès, plastie, reconstruction, ablation de nodule, mastectomie totale)

Les interventions de chirurgie mammaire sont codées MAST ou TUMO selon qu'il existe ou non l'indication d'une antibioprofylaxie chirurgicale.

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
Évacuation de collection de la glande mammaire		
<i>Comprend : évacuation</i>		
<i>- d'abcès de la glande mammaire</i>		
<i>- d'hématome de la glande mammaire</i>		
<i>- de kyste de la glande mammaire</i>		
MAST	QEJB001	Évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée sans guidage <i>Avec ou sans : drainage</i>
MAST	QEJH001	Évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
MAST	QEJH002	Drainage de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
MAST	QEJA001	Évacuation de collection de la glande mammaire, par abord direct <i>Avec ou sans : drainage</i>
Exérèse partielle de la glande mammaire		
TUMO	QEFA004	Tumorectomie du sein
TUMO	QEFA001	Tumorectomie du sein avec curage lymphonodal axillaire
TUMO	QEFA017	Mastectomie partielle <i>Segmentectomie ou quadrantectomie mammaire</i>
TUMO	QEFA008	Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire <i>Segmentectomie ou quadrantectomie mammaire avec curage lymphonodal axillaire</i>
TUMO	QEFA016	Exérèse de conduit lactifère [Exérèse de canal galactophore] [Pyramidectomie mammaire] <i>Avec ou sans : repérage peropératoire</i>
MAST	QEFA007	Mastectomie souscutanée avec exérèse de la plaque aréolomamelonnaire
MAST	QEFA006	Exérèse de tissu mammaire ectopique ou de glande mammaire aberrante [sein surnuméraire]
TUMO	QEFA011	Exérèse unilatérale de gynécomastie <i>Indication : intervention réalisée après bilan endocrinien, après la puberté, pour gynécomastie accusée, pouvant poser un problème d'ordre sexuel ou psychologique (en particulier gynécomastie asymétrique, douloureuse, avec distension aréolaire) .</i>
TUMO	QEFA002	Exérèse bilatérale de gynécomastie <i>Indication : intervention réalisée après bilan endocrinien, après la puberté, pour gynécomastie accusée, pouvant poser un problème d'ordre sexuel ou psychologique (en particulier gynécomastie asymétrique, douloureuse, avec distension aréolaire)</i>

Mastectomie totale

MAST	QEFA019	Mastectomie totale
MAST	QEFA020	Mastectomie totale avec conservation des pectoraux et curage lymphonodal axillaire <i>Mastectomie radicale modifiée selon Patey</i>
MAST	QEFA005	Mastectomie totale avec exérèse des pectoraux et curage lymphonodal axillaire <i>Mastectomie radicale selon Halsted</i>
MAST	QEFA010	Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et supraclaviculaire
MAST	QEFA003	Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et parasternal [mammaire interne]

Mastectomie totale élargie

MAST	QEFA012	Mastectomie totale élargie en surface, avec autogreffe cutanée
MAST	QEFA013	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire
MAST	QEFA015	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau libre musculocutané

Mastoplastie de réduction ou d'augmentation

MAST	QEMA012	Mastoplastie unilatérale de réduction <i>Indication : asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland)</i>
MAST	QEMA005	Mastoplastie unilatérale de réduction, avec reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire par lambeau local et autogreffe cutanée <i>Indication : asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland)</i>
MAST	QEMA013	Mastoplastie bilatérale de réduction <i>Indication : hypertrophie mammaire caractérisée, - responsable de dorsalgies, retentissement psychologique, - justifiable par photographie préopératoire, - étayée par : taille, poids, âge de la patiente et taille du soutien gorge - dont la résection prévue en préopératoire est d'au moins 300 g. par sein opéré.</i>
MAST	QEMA003	Mastoplastie unilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique <i>Indication : asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland)</i>
MAST	QEMA004	Mastoplastie bilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique <i>Indication : agénésie mammaire bilatérale et l'hypoplasie bilatérale sévère avec taille de bonnet inférieure à A, ou pour syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland).</i>

Mastopexie

MAST	QEDA002	Mastopexie unilatérale, sans pose d'implant prothétique
MAST	QEDA001	Mastopexie unilatérale, avec pose d'implant prothétique
MAST	QEDA004	Mastopexie bilatérale, sans pose d'implant prothétique
MAST	QEDA003	Mastopexie bilatérale, avec pose d'implant prothétique

Reconstruction du sein

Comprend : reconstruction du sein pour absence

- congénitale [agénésie]

- acquise [amputation]

La reconstruction du sein par lambeau de muscle droit de l'abdomen inclut la réparation de la paroi abdominale et l'éventuelle dermolipéctomie abdominale.

MAST	QEMA006	Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique <i>Indication : thérapeutique</i>
MAST	QEMA001	Reconstruction du sein par lambeau unipédiculé de muscle droit de l'abdomen
MAST	QEMA014	Reconstruction du sein par lambeau bipédiculé de muscle droit de l'abdomen
MAST	QEMA002	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de muscle droit de l'abdomen, avec anastomoses vasculaires
MAST	QEMA008	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé autre que du muscle droit de l'abdomen <i>Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé de muscle grand dorsal Avec ou sans : pose d'implant prothétique</i>
MAST	QEMA011	Reconstruction du sein par dédoublement du sein restant

Ablation et changement d'implant prothétique mammaire

Indication : chirurgie réparatrice

MAST	QEGA001	Ablation unilatérale d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie <i>Indication : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose</i>
MAST	QEGA003	Ablation unilatérale d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie <i>Indication : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose</i>
MAST	QEGA002	Ablation bilatérale d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie <i>Indication : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose</i>
MAST	QEGA004	Ablation bilatérale d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie <i>Indication : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose</i>
MAST	QEKA002	Changement d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie <i>Indication : chirurgie réparatrice : reprise de reconstruction mammaire (cancer, asymétrie majeure)</i>
MAST	QEKA001	Changement d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie <i>Indication : chirurgie réparatrice : reprise de reconstruction mammaire (cancer, asymétrie majeure)</i>
MAST	QEPA001	Capsulotomie mammaire avec changement de loge de l'implant prothétique

Césarienne

Codes RAISIN Codes CCAM Libellé

CESA	JQGA002	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie
CESA	JQGA003	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie
CESA	JQGA004	Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie

Hystérectomie par voie abdominale

Codes RAISIN Codes CCAM Libellé

Hystérectomie subtotale

HYSA	JKFA003	Exérèse d'un hémiovéris malformé [Hémihystérectomie], par laparotomie
HYSA	JKFC002	Hystérectomie subtotale, par coéloscopie
HYSA	JKFA024	Hystérectomie subtotale, par laparotomie
HYSA	JKFA014	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
HYSA	JKFA012	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
HYSA	JKFC006	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coéloscopie
HYSA	JKFA032	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
HYSA	JKFA001	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
HYSA	JKFA029	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie

Hystérectomie totale

HYSA	JKFC005	Hystérectomie totale, par coéloscopie
HYSA	JKFA015	Hystérectomie totale, par laparotomie
HYSA	JKFA013	Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
HYSA	JKFC003	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coéloscopie
HYSA	JKFA028	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
HYSA	JKFA004	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie

Hystérectomie totale élargie aux paramètres

HYSA	JKFA020	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coéloscopie et par abord vaginal
HYSA	JKFA027	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie

Hystérectomie par voie vaginale

Hystérectomie totale

HYSV	JKFA018	Hystérectomie totale, par cœlioscopie et par abord vaginal <i>Hystérectomie vaginale cœliopréparée avec conservation annexielle</i>
HYSV	JKFA026	Hystérectomie totale, par abord vaginal
HYSV	JKFA025	Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal <i>Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure, avec conservation annexielle</i>
HYSV	JKFA002	Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure, par abord vaginal <i>Triple opération périnéale de Manchester avec hystérectomie</i>
HYSV	JKFA006	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie et par abord vaginal <i>Hystérectomie vaginale cœliopréparée avec annexectomie</i>
HYSV	JKFA005	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal
HYSV	JKFA021	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal <i>Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure sans conservation annexielle</i>
HYSV	JKFA007	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure, par abord vaginal <i>Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure</i>

Hystérectomie totale élargie aux paramètres

HYSV	JKFA023	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par abord vaginal
-------------	----------------	---

Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur**(Exclure : CHIVA, exérèse transcutanée et occlusion)**

Codes RAISIN	Codes CCAM	Libellé
VPER	EJFA002	Exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct
VPER	EJFA004	Exérèse de la crosse de la petite veine saphène, par abord direct
VPER	EJFA006	Exérèse secondaire de la crosse de la grande veine saphène ou de la petite veine saphène, par abord direct
VPER	EJFA007	Exérèse de la crosse de la grande veine saphène, par abord direct
VPER	EJGA001	Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct
VPER	EJGA002	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct
VPER	EJGA003	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord direct

L'indice du NNIS

L'indice du NNIS utilisé en chirurgie permet de classer les patients en quatre catégories de risque croissant (0 à 3) pour l'infection du site opératoire. **Il est construit à partir de la somme de trois facteurs :**

Durée opératoire :

- 0 : durée égale ou inférieure au percentile 75* de la distribution des durées d'intervention pour cette catégorie d'actes opératoires.
- 1 : durée supérieure au percentile 75 (P75).

* Pour chaque type d'intervention le P75 équivaut à la durée pour laquelle 75% des interventions rapportées ont une durée égale ou inférieure à cette durée, et 25% une durée supérieure.

Score ASA :

- 0 : patient sain ou avec maladie systémique légère (ASA 1 ou 2).
- 1 : score ASA 3, 4, 5.

Classe de contamination (Altemeier) :

- 0 : chirurgie propre ou propre contaminée
- 1 : chirurgie contaminée, sale ou infectée.

Annexe 3 : Durées d'intervention

Distribution de la base nationale 1999-2010

Intervention	75 ^{ème} percentile (mn)	Valeur seuil pour le score NNIS (h)
Chirurgie digestive		
CHOL	90	2
COLO	190	3
HERN	60	1
APPE	55	1
Chirurgie orthopédique		
PTTH	90	2
PTHA	90	2
RPTH	145	2
PTGE	110	2
Neurochirurgie		
LAMI	100	2
HDIS	60	1
Chirurgie urologique		
RTUP	60	1
PROS	150	3
Gynécologie-obstétrique		
SEIN*	95	2
CESA	50	1
HYSA	132	2
HYSV	100	2
Chirurgie vasculaire		
VPER	65	1

* SEIN regroupe les interventions **MAST** et **TUMO**

Annexe 4 : Classe de contamination (classification d'Altemeier) par type d'intervention

1 - Chirurgie propre

- * sans ouverture de viscères creux
- * pas de notion de traumatisme ou d'inflammation probable

2 - Chirurgie propre contaminée

- * ouverture d'un viscère creux avec contamination minimale
- * rupture d'asepsie minimale

3 - Chirurgie contaminée

- * contamination importante par le contenu intestinal
- * rupture d'asepsie franche
- * plaie traumatique récente datant de moins de 4 heures
- * appareil génito-urinaire ou biliaire ouvert avec bile ou urine infectée

4 - Chirurgie sale

- * plaie traumatique datant de plus de 4 heures et/ou tissus dévitalisés
- * corps étranger
- * contamination fécale
- * viscère perforé
- * inflammation aiguë bactérienne sans pus
- * présence de pus

Chirurgie digestive		Classe de contamination d'Altemeier
CHOL	Cholécystectomie	Coder 2 Si cholécystite aiguë coder 3 Si pyocholécyste ou péritonite coder 4
APPE	Appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire, péritonite et abcès appendiculaires)	Si appendice normal, coder 2 Si appendice inflammatoire, coder 3 Si abcès appendiculaire ou péritonite, coder 4
COLO	Chirurgie colorectale	Colon Coder 2 (ou 3 selon le degré de contamination per-opératoire) Si sigmoïdite compliquée coder 4
HERN	Cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse	Rectum Coder 2 Si fistule rectale coder 3 Si péritonite coder 4
		Coder 1 Si occlusion (urgence) et souffrance du grêle, coder 2
Chirurgie urologique		
PROS	Prostatectomie radicale par voie haute	Coder 2 Si ECBU positif, coder 3
RTUP	Résection transurétrale de prostate	Coder 2 Si ECBU positif, coder 3

Chirurgie orthopédique

PTGE	Prothèse articulaire de genou	Coder 1
PTHA	Prothèse de hanche de première intention (sauf prothèse totale de hanche PTTH)	Coder 1
PTTH	Prothèse totale de hanche (de première intention)	Coder 1
RPTH	Reprises de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrodèse)	Coder 2

Chirurgie vasculaire

VPER	Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur.	Coder 1
------	---	---------

Chirurgie gynéco obstétrique

HYSA	Hystérectomie par voie abdominale	Coder 2
HYSV	Hystérectomie par voie vaginale	Coder 3
CESA	Césarienne	Coder 2
MAST	Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, mastectomie totale) à l'exclusion de tumorectomie TUMO et pose de prothèse mammaire esthétique SCUT	Coder 1 Si abcès coder 4
TUMO	Tumorectomie	Coder 1

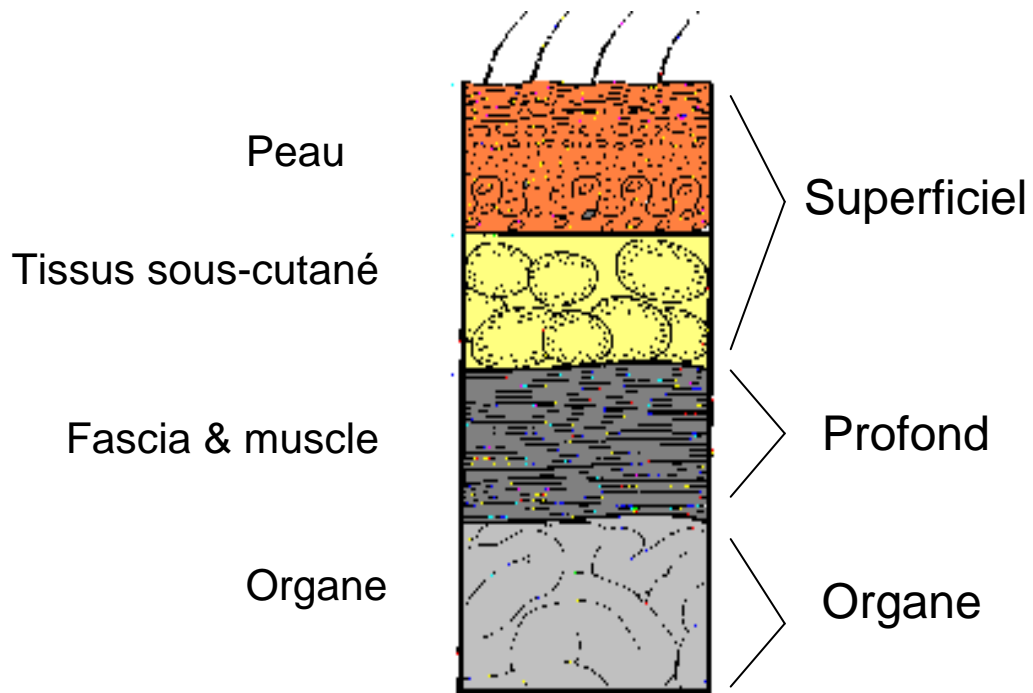
Neurochirurgie

LAMI	Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales - os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse	Coder 1
HDIS	Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrodèse	Coder 1

Annexe 5: Score pré-anesthésique ASA (American Society of Anesthesiology)

- 1** : Patient normal
- 2** : Patient avec anomalie systémique modérée
- 3** : Patient avec anomalie systémique sévère
- 4** : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- 5** : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention

Annexe 6 : Classification anatomique des infections du site opératoire (Horan, USA)



Annexe 7 : Critères de définition d'une ISO

Infection de la partie superficielle de l'incision

- Infection :*
1. qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention,
ET
 2. qui touche la peau et le tissu cellulaire sous-cutané,
ET
 3. pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
 - Cas n°1 : du pus provenant de la partie superficielle de l'incision ;
 - Cas n°2 : un germe isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de la partie superficielle de l'incision ;
 - Cas n°3 : un signe d'infection (douleur, sensibilité, rougeur, chaleur...) associé à l'ouverture délibérée de la partie superficielle de l'incision par le chirurgien, sauf si la culture est négative ;
 - Cas n°4 : le diagnostic d'infection de la partie superficielle de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

N.B. : L'inflammation minime confinée aux points de pénétration des sutures ne doit pas être considérée comme une infection.

N.B. : La notion de pus est avant tout clinique et peut être éventuellement confirmée par un examen cytologique.

Infection de la partie profonde de l'incision

- Infection :*
1. qui survient dans les 30 jours (si pas de prothèse en place) ou dans l'année (si prothèse en place) suivant l'intervention,
ET
 2. qui semble liée à l'intervention,
ET
 3. qui touche les tissus mous profonds (fascia, muscles)
ET
 4. pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
 - Cas n°1 : du pus provenant de la partie profonde de l'incision ;
 - Cas n°2 : la partie profonde de l'incision ouverte spontanément ou délibérément par le chirurgien quand le patient présente un des signes suivants : fièvre > 38°, douleur ou sensibilité localisées, sauf si la culture est négative ;
 - Cas n°3 : un abcès ou un autre signe évident d'infection de la partie profonde de l'incision est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la réintervention ou par examen radiologique ou histopathologique ;
 - Cas n°4 : le diagnostic d'infection de la partie profonde de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

Infection de l'organe ou de l'espace concerné par le site opératoire

- Infection :*
1. Qui survient dans les 30 jours (si pas de prothèse en place) ou dans l'année (si prothèse en place) suivant l'intervention ;
ET
 2. Qui semble liée à l'intervention ;
ET
 3. Qui touche l'organe ou l'espace du site opératoire (toute partie anatomique, autre que l'incision, ouverte ou manipulée pendant l'intervention) ;
ET
 4. pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
 - Cas n°1 : du pus provenant d'un drain placé dans l'organe ou l'espace ;
 - Cas n°2 : un germe isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de l'organe ou de l'espace ;
 - Cas n°3 : un abcès ou un autre signe évident d'infection de l'organe ou de l'espace est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la réintervention ou par un examen radiologique ou histopathologique ;
 - Cas n°4 : le diagnostic d'infection de l'organe ou de l'espace est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

Remarque : dans les suites d'une intervention sur la vessie, l'urètre ou passant par l'urètre, les définitions « classiques » d'infection urinaire reposent sur une seule bactériurie (plus de 10⁵ micro-organismes par millilitre). Cependant, indirectement dans le texte long de la conférence de consensus sur la prévention des infections urinaires (27 novembre 2002)⁸ et après discussion avec le président du jury (H. Botto), il semble que le diagnostic d'ISO post chirurgie urologique ne puisse pas reposer sur un ECBU positif isolé, sans symptomatologie associée.

⁸ Conférence de consensus co-organisée par la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et l'association française d'urologie (AFU). Texte long. *Med Mal Infect* 2003 ;33 :223s-244s.

Annexe 8 : Micro-organismes

Micro-organisme	Coder	
Cocci Gram +		
<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR	S
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEPI	
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE	
Staphylocoque coagulase négative, autre espèce	STAAUT	
Staphylocoque coagulase négative, espèce non spécifiée	STANSP	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE	
<i>Streptococcus agalactiae</i> (B)	STRAGA	
<i>Streptococcus pyogenes</i> (A)	STRPYO	
Streptocoques hémolytiques (C, G)	STRHCG	
Streptocoques (viridans) non groupables	STRNGR	
Streptocoques, autre espèce	STRAUT	
<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE	S
<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAC	S
Entérocoques, autre espèce	ENCAUT	
Entérocoques, espèce non spécifiée	ENCNSP	
Autres cocci Gram +	CGPAUT	
Cocci Gram -		
<i>Moraxella</i>	MORSPP	
<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN	
Neisseria, autre espèce	NEIAUT	
Autres cocci Gram -	CGNAUT	
Bacilles Gram +		
Corynébactéries	CORSPP	
<i>Bacillus</i>	BACSP	
<i>Lactobacillus</i>	LACSP	
<i>Listeria monocytogenes</i>	LISMON	
Autres bacilles Gram +	BGPAUT	

Entérobactéries	S
-----------------	---

<i>Citrobacter freundii</i>	CITFRE	S
<i>Enterobacter cloacae</i>	ENTCLO	S
<i>Enterobacter aerogenes</i>	ENTAER	S
<i>Escherichia coli</i>	ESCCOL	S
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	KLEPNE	S
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KLEOXY	S
<i>Morganella</i>	MOGSPP	S
<i>Proteus mirabilis</i>	PRTMIR	S
<i>Providencia</i>	PRVSPP	S
<i>Serratia</i>	SERSPP	S
<i>Citrobacter koseri</i> (ex. <i>diversus</i>)	CITKOS	S
<i>Citrobacter</i> , autre espèce	CITAUT	S
<i>Enterobacter</i> , autre espèce	ENTAUT	S
<i>Hafnia</i>	HAFSPP	S
<i>Klebsiella</i> , autre espèce	KLEAUT	S
<i>Proteus</i> , autre espèce	PRTAUT	S
<i>Salmonella</i> Typhi ou Paratyphi	SALTYP	S
<i>Salmonella</i> , autre espèce	SALAUT	S
<i>Shigella</i>	SHISPP	S
Autres entérobactéries	ETBAUT	S

Bacilles Gram - non entérobactéries	
-------------------------------------	--

<i>Acinetobacter baumannii</i>	ACIBAU	S
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	PSEAER	S
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	STEMAL	S
<i>Legionella</i>	LEGSPP	
<i>Achromobacter</i>	ACHSPP	
<i>Acinetobacter</i> , autre espèce	ACIAUT	S
<i>Aeromonas</i>	AEMSPP	
<i>Agrobacterium</i>	AGRSPP	
<i>Alcaligenes</i>	ALCSPP	
<i>Campylobacter</i>	CAMSPP	
<i>Flavobacterium</i>	FLASPP	
<i>Gardnerella</i>	GARSPP	
<i>Haemophilus</i>	HAESPP	
<i>Helicobacter pylori</i>	HELPLYL	
<i>Pasteurella</i>	PASSPP	
<i>Burkholderia cepacia</i>	BURCEP	S
Autre <i>Pseudomonas</i> et apparentés	PSEAUT	S
Autre Bacille Gram- non entérobactérie	BGNAUT	

Anaérobies stricts	
<i>Bacteroides fragilis</i>	BATFRA
<i>Bacteroides</i> , autre espèce	BATAUT
<i>Clostridium difficile</i>	CLODIF
<i>Clostridium</i> , autre espèce	CLOAUT
<i>Prevotella</i>	PRESPP
<i>Propionibacterium</i>	PROSPP
Anaérobies autres	ANAAUT
Autres micro-organismes	
Mycobactéries atypiques	MYCATY
BK (tuberculose)	MYCTUB
<i>Chlamydia</i>	CHLSPP
<i>Mycoplasma</i>	MYPSP
<i>Actinomyces</i>	ACTSPP
<i>Nocardia</i>	NOCSPP
Autres bactéries	BCTAUT
Champignons et Parasites	
<i>Candida albicans</i>	CANALB
<i>Candida</i> , autre espèce	CANAUT
<i>Aspergillus fumigatus</i>	ASPFUM
<i>Aspergillus</i> , autre espèce	ASPAUT
Levures, autres	LEVAUT
Filaments, autres	FILAUT
Autres champignons ou parasites	PARAUT
Examen stérile	EXASTE
Micro-organisme non identifié ou non retrouvé (mais examen fait)	NONIDE
Examen non effectué	NONEFF
information non (encore) disponible	EXAINC

Pour les micro-organismes dont le code est suivi d'un S, documenter la sensibilité suivant le tableau ci-dessous :

	A	B	C	D	X
<i>Staphylococcus aureus</i>	OXA-S & VAN-S (SASM)	OXA-R & VAN-S (SARM)	VAN-R (GISA)	-	inconnu
<i>Enterococcus faecalis & faecium</i>	Ampi-S & VAN-S	Ampi-R & VAN-S	VAN-R (ERG)	-	inconnu
Entérobactéries	CTX-S & IMP-S	CTX-R & IMP-S ERC (non BLSE)	CTX-R & IMP-S EBLSE	IMP-R (carbapénémase)	inconnu
<i>Acinetobacter baumannii</i>	CAZ-S & IMP-S	CAZ-R & IMP-S	CAZ-S & IMP-R	CAZ-R & IMP-R	inconnu
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	CAZ-S & IMP-S	CAZ-R & IMP-S	CAZ-S & IMP-R	CAZ-R & IMP-R	inconnu

R = intermédiaire ou résistant

S = sensible

Attention : une souche I est assimilée résistante (I = R)

OXA = oxacilline ou méticilline

CAZ = ceftazidime

CTX = cefotaxime (ou ceftriaxone ou ceftazidime pour les entérobactéries)

IMP = imipénème

VAN = vancomycine

SASM = *S. aureus* méti-S

SARM = *S. aureus* méti-R

GISA = intermédiaire ou résistante aux glycopeptides (CMI vancomycine ou teicoplanine)

ERG = entérocoque résistant aux glycopeptides

Annexe 10 : Code IncISO des interventions surveillées au niveau service

Les interventions ne figurant pas dans la liste établie seront codées par le code "autres".

Libellé de l'intervention	Code IncISO
Chirurgie digestive	
Chirurgie concernant l'estomac (y compris la chirurgie du reflux gastro-oesophagien et des hernies hiatales), et le duodénum.	GAST
Chirurgie concernant l'œsophage (y compris la chirurgie du méga-œsophage)	OESO
Interventions sur le diaphragme (pour hernie diaphragmatique, éventration et rupture), le péritoine (y compris la laparotomie exploratrice), l'épiploon et le mésentère (y compris adhésiolyse péritonéale)	ABDO
Cholécystectomie avec ou sans geste sur la VBP	CHOL
Chirurgie des voies biliaires (sauf cholécystectomie CHOL), foie et pancréas.	BILI
Chirurgie de la rate.	RATE
Chirurgie du grêle.	GREL
Appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire, péritonite et abcès appendiculaires).	APPE
Chirurgie colorectale	COLO
Chirurgie proctologique.	PROC
Cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse	HERN
Chirurgie pariétale abdominale : éventrations, omphalocèle et laparoschisis (exceptées hernies HERN, hernies diaphragmatiques ABDO)	PARO
Chirurgie thoracique	
La chirurgie thoracique (autre que l'exérèse pulmonaire) est séparée en 3 codes différents selon qu'il existe une indication d'antibioprophylaxie (PLEU), qu'il n'en n'existe pas (THOR) ou que le code INCISO ne correspond pas à une intervention définie par le consensus de la SFAR	
Thoracoscopie	THOR
Pleurectomie	PLEU
Chirurgie thoracique : thymus, paroi thoracique, médiastin (sauf trachée et vaisseaux pulmonaires), incluant diaphragme et hernie hiatale autre que l'exérèse pulmonaire (pneumectomie ou lobectomie) (EXPU), la thoracoscopie (THOR) et la pleurectomie (PLEU)	ATTH
Chirurgie d'exérèse du poumon et des bronches	EXPU

Libellé de l'intervention	Code InClSO
Chirurgie urologique	
Chirurgie du rein et du bassin.	NEPH
Chirurgie de l'appareil urinaire (uretère, vessie, urètre)	UROL
Intervention sur la prostate (adénomectomie, prostatectomie...), sauf résection transurétrale de prostate (RTUP).	PROS
Résection transurétrale de prostate	RTUP
Intervention sur les organes génitaux masculins (sauf prostate PROS).	OGEM
Chirurgie orthopédique	
Prothèse articulaire (sauf hanche PTHA, PTTH, RTH et genou PTGE).	PROT
Prothèse articulaire de genou.	PTGE
Prothèse de hanche de première intention (à l'exclusion des prothèses totales de hanche – PTTH).	PTHA
Prothèse totale de hanche (de première intention)	PTTH
Reprises de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrodèse)	RPTH
Ablation de matériel d'ostéosynthèse (vis, plaques, clous, broches...)	ABLA
Intervention sur les articulations (ponction évacuatrice, arthroscopie, arthrodèse, synoviorthèse, capsulotomie, capsulectomie, synoviectomie...) exceptée la pose de prothèse articulaire (PROT, PTHA, PTTH, RPTH, PTGE).	ARDI
Fracture ouverte	FRAO
Intervention sur l'os (sauf crâne CRAN et rachis RASM, cf. neurochirurgie) ne comportant pas d'ostéosynthèse (OSYN) : évidement, ostéotomie, greffe osseuse, décortication, résection, etc.	OSDI
Ostéosynthèse quel que soit le site (sauf crâne CRAN et rachis RAOS, cf. neurochirurgie), quel que soit le type de matériel inerte sauf prothèse articulaire (PROT, PTHA, PTTH, RPTH, PTGE).	OSYN
Chirurgie du muscle, de l'aponévrose, des tendons et des ligaments (y compris canal carpien).	MUSC
Amputation et désarticulation.	AMPU

Chirurgie cardio-vasculaire	
Chirurgie cardiaque à cœur ouvert;	CARO
Chirurgie de remplacement des valves cardiaques.	VALV
Chirurgie cardiaque à cœur fermé (y compris le péricarde, à l'exclusion des coronaires).	CARF
Pontage aorto-coronarien avec greffon local.	PONM
Pontage aorto-coronarien avec greffon sur un autre site (saphène par exemple).	PONS
Chirurgie des gros vaisseaux intra-abdominaux et pelviens (y compris la pose de clip cave).	GVIA
Chirurgie des gros vaisseaux intra-thoraciques.	GVIT
Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur.	VPER
Chirurgie vasculaire concernant les veines périphériques, excepté exérèse veineuse du membre inférieur (VPER).	VEIN
Chirurgie vasculaire concernant les artères périphériques (saufs troncs supra-aortiques TSAO).	APER
Troncs supra-aortique.	TSAO
Chirurgie gynéco-obstétrique	
Hystérectomie par voie abdominale.	HYSA
Hystérectomie par voie vaginale.	HYSV
Césarienne.	CESA
Les interventions sur le sein seront analysées ensemble. Il existe 2 codes différents selon que l'antibioprophylaxie chirurgicale est recommandée (MAST) ou ne l'est pas (TUMO)	
Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, mastectomie totale) à l'exclusion de tumorectomie (TUMO).	MAST
Tumorectomie du sein avec ou sans curage	TUMO
Intervention (autre que hystérectomie HYSA ou HYSV) sur les organes génitaux féminins et structures de soutien par voie abdominale.	GFVA
Intervention (autre que hystérectomie HYSA ou HYSV) sur les organes génitaux féminins et structures de soutien par voie basse.	GFVB
Chirurgie ophtalmologique	
Chirurgie ophtalmologique : paupière, appareil lacrymal, oeil, muscles oculaires, orbites à l'exception de la traumatologie osseuse.	OPHT
Chirurgie de la cataracte.	CATA
Neurochirurgie	
Interventions sur le crâne et l'encéphale (y compris les dérivations intracrâniennes du LCR, les interventions d'ostéosynthèse sur le crâne et les interventions sur la portion intracrânienne des nerfs crâniens).	CRAN
Interventions pour exérèse d'une tumeur ou lésion intra-crânienne	TUMC
Dérivation extracrânienne du LCR (shunt ventriculaire externe, ventriculo-cardiaque, ventriculo-, sous-duro- ou kysto-péritonéal : pose, révision, remplacement, ablation).	DLCR
Intervention sur les nerfs crâniens (portion extracrânienne) et périphériques et le système sympathique.	NERF

Libellé de l'intervention	Code InCISO
Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse.	LAMI
Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrodèse	HDIS
Intervention sur le rachis <i>avec ou sans ostéosynthèse</i> , la moelle épinière et ses racines (à l'exclusion de LAMI et HDIS).	VERT
Chirurgie ORL et stomatologique	
Chirurgie carcinologique cervico-faciale y compris pharyngo-larynx et trachée.	CCCF
Interventions ORL pour lésions non cancéreuses : oreilles, nez, sinus de la face, rhinopharynx, oropharynx, pharyngo-larynx, trachée, glandes salivaires, amygdales, voile....	ORLD
Intervention stomatologique pour lésion non cancéreuse : pathologie dentaire et infectieuse, fentes vélo-palatines, malformations cervico-faciales.	STOM
Divers	
Chirurgie de la moelle osseuse et du système lymphatique (greffe de moelle, exérèse ou curage ganglionnaire...).	LYMP
Transplantation d'organes.	TRAN
Chirurgie des tissus mous et de la peau (greffe cutanée, ablation de naevus, tumeurs, kystes, lipomes, ablation de corps étrangers, évacuation d'hématome ou d'abcès, suture de plaies...).	SCUT
Chirurgie endocrinienne (parathyroïdes, surrénales...) à l'exception de la thyroïde (THYR) ou du pancréas (BILI).	AEND
Chirurgie de la thyroïde	THYR
Chirurgie du polytraumatisé : blessé porteur de 2 ou plusieurs lésions traumatiques mettant en jeu le pronostic vital du patient.	POLY



FICHE D'INFORMATION Réseau INCISO

Vous venez de subir une intervention chirurgicale.

Afin de renforcer la qualité des soins qui vous sont prodigués dans les suites de votre intervention et conformément aux recommandations du ministère de la santé, un contrôle de qualité est actuellement mis en place dans le service.

Ce contrôle consiste en une surveillance de votre état postopératoire, dans les 30 jours suivant l'intervention.

Si une infection ou toute anomalie se déclarait pendant cette période, vous pouvez contacter votre chirurgien ou tout médecin exerçant dans ce service, afin qu'il puisse évaluer votre problème.

Ce recueil nécessite l'informatisation de données médicales. Ces données anonymisées, indirectement nominatives, sont la date de naissance, le sexe, et la date d'hospitalisation. La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit d'accès peut être exercé par l'intermédiaire de tout médecin de votre choix conformément à l'article 40 de la loi précitée.

Annexe 12 : Recommandations de la SFAR selon les codes InClSO

Libellé INCISO	INCISO	SFAR
Chirurgie digestive		
Cholécystectomie avec ou sans geste sur la VBP	CHOL	<ul style="list-style-type: none"> Par laparotomie : Chirurgie des voies biliaires Par coelioscopie : Pas d'ABP
Appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire ou pour abcès appendiculaire).	APPE	Pas de recommandation SFAR
Chirurgie du colorectale	COLO	Chirurgie colo-rectale et appendiculaire
Cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse.	HERN	Pas d'ABP
Chirurgie urologique		
Intervention sur la prostate (adénomectomie, prostatectomie...), sauf prostatectomie endourétrale.	PROS	Pas d'ABP
Prostatectomie endourétrale	RTUP	Résection endoscopique de la prostate
Chirurgie orthopédique		
Prothèse articulaire de genou	PTGE	Prothèse articulaire
Prothèse articulaire de hanche de première intention (à l'exclusion des prothèses totales de hanche – PTTH)	PTHA	Prothèse articulaire
Prothèse totale de hanche de première intention	PTTH	Prothèse articulaire
Reprises de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrolyse)	RPTH	Prothèse articulaire
Chirurgie vasculaire		
Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur.	VPER	Pas d'ABP
Chirurgie gynéco-obstétrique		
Hystérectomie par voie abdominale.	HYSA	Hystérectomie (voie haute ou voie basse)
Hystérectomie par voie vaginale.	HYSV	Hystérectomie (voie haute ou voie basse)
Césarienne.	CESA	Césarienne
Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, mastectomie totale) à l'exclusion de tumorectomie (TUMO).	MAST	Selon la classe d'Altemeier : <ul style="list-style-type: none"> Si classe 1 : Chirurgie mammaire Si classe 4 : pas d'ABP
Tumorectomie du sein avec ou sans curage	TUMO	Pas d'ABP

Neurochirurgie

Intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse.	LAMI	Chirurgie du rachis
La chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrodèse	HDIS	Chirurgie du rachis

Annexe 13 : Liste des antibiotiques (module antibioprofylaxie, INCISO 2011)

Code ATC	Noms commerciaux ou DCI	Code ATC	Noms commerciaux ou DCI
J01FA01	Abboticine	J01DC02	Céfuroxime
J01XC01	Ac fusidique	J01DC02	Cépazine
J01MB02	Ac nalidixique	J01DB01	Céporexine
J01MB04	Ac pipémidique	J01CR02	Ciblor
J01EC02	Adiazine	J01MA02	Ciflox
J01CA04	Agram	J01MA02	Ciprofloxa
J01DC04	Alfatil	J01MA02	Ciprofloxacine
J01GB06	Amikacine	J01DD01	Claforan
J01GB06	Amiklin	J01CA04	Clamoxyl
J01CA04	Amodex	J01FA06	Claramid
J01CA04	Amophar	J01FA09	Clarithromycine
J01CA04	Amoxicilline	J01CR03	Claventin
J01CR02	Amoxicilline ac. clavulanique	J01FF01	Clindamycine
XXXXXX3	Amoxicilline ac. clavulanique + Gentamicine	XXXXXX1	Clindamycine + Gentamicine
J01CA01	Ampicilline	J01CF02	Cloxacilline
J01CR01	Ampicilline sulbactam	J01XB01	Colimycine
J01MB07	Apurone	J01XB01	Colistine
J01CR02	Augmentin	J01EE01	Cotrimoxazole
XXXXXX3	Augmentin + Gentaline	J01FF01	Dalacine
J01DE01	Axepim	XXXXXX1	Dalacine + Gentaline
J01DF01	Azactam	J01XX09	Daptomycin
J01FA10	Azadose	J01XX09	Daptomycine
J01FA10	Azithromycine	J01MA07	Decalogiflox
J01DF01	Aztréonam	J01DB09	Dexef
J01CA06	Bacampicilline	J01FA13	Dirithromycine
J01CA06	Bacampicine	J01AA02	Doxy 50 ou 100
J01CA04	Bactox	J01AA02	Doxycycline
J01EE01	Bactrim	J01AA02	Doxycycline
J01CA10	Baypen	J01AA02	Doxygram
J01CE08	Benzatine benzylpénicilline	J01AA02	Doxylys
J01CE01	Benzylpénicilline	J01AA02	Doxypalu
J01CE01	Biclinocilline	J01FA13	Dynabac
J01XD01	Birodogyl	J01FA01	Egery
J01CA04	Bristamox	J01MA04	Enoxacine
J01CF04	Bristopen	J01MA04	Enoxor
J01DB01	Cefacet	J01DH03	Ertapenem
J01DB04	Céfacidal	J01FA01	Ery
J01DC04	Cefaclor	J01FA01	Erythromycine
J01DB05	Céfadroxil	J01FA01	Erythrocline
J01DB01	Cefalexine	J01FA01	Erythrogram
J01DB08	Céfaloject	J01EE01	Eusaprim
J01DB03	Céfalotine	J01CE08	Extencilline
J01DC03	Céfamandole	J01EC02	Fansidar
J01DB07	Cefaperos	J01XD02	Fasigyne
J01DB08	Céfapirine	J01XD01	Flagyl
J01DB07	Cefatrizine	XXXXXX2	Flagyl + Gentaline
J01DB07	Céfatrizine	J01CA04	Flemoxine
J01DB04	Céfazoline	J01MB07	Fluméquine
J01DE01	Céfépime	J01DD02	Fortum
J01DD08	Céfixime	J01DD02	Fortumset
J01DC02	Ceforoxime	J01XX01	Fosfocine
J01DD01	Cefotaxime	J01XX01	Fosfomycine
J01DC07	Céfotiam	J01XC01	Fucidine
J01DC01	Cefoxitine	J01XE01	Furadantine
J01DE02	Cefpirome	J01XE01	Furadoïne
J01DD13	Cefpodoxime	J01GB03	Gentalline
J01DB09	Céfradine	J01GB03	Gentamicine
J01DE02	Cefrom	J01AA02	Granudoxy
J01DD03	Cefsulodine	J01DC04	Haxifal
J01DD02	Ceftazidime	J01CA04	Hiconcil
J01DD04	Ceftriaxone	J01DH51	Imipénème + IE (Cilastatine)

Code ATC	Noms commerciaux ou DCI	Code ATC	Noms commerciaux ou DCI
J01DH03	Invanz	J01CR05	Pipéracilline tazobactam
J01MA14	Izilox	J01CA12	Pipérilline
J01FA07	Josacine	J01MB04	Pipram
J01FA07	Josamycine	J01CA02	Pivampicilline
J01DC03	Kefandol	J01CA08	Pivmecillinam
J01DB01	Keforal	J01FG01	Pristinamycine
J01DB09	Kelsef	J01CA02	Proampi
J01FA15	Ketek	J01DD03	Pyocéfal
J01MA12	Lévofoxacine	J01FG01	Pyostacine
J01FF02	Lincocine	J01FG02	Quinupristine - Dalfopristine
J01FF02	Lincomycine	J04AB02	Rifadine
J01XX08	Linézolide	J04AB02	Rimactan
J01MA07	Logiflox	J01DD04	rocephine
J01MA07	Loméfloxacine	J01DD04	Rocéphine
J01AA04	Lymécycline	J01XD01	Rodogyl
J01DC01	Mefoxin	J01FA02	Rovamycine
J01DH02	Meronem	J01FA06	Roxithromycine
J01DH02	Meropenem	J01FA06	Rulid
J01AA08	Mestacine	J01CA08	Selexid
J01XD01	Métronidazole	J01AA02	Spanor
XXXXXX2	Metronidazole + Gentamicine	J01XX04	Spectinomycine
J01XD01	Métronidazole spiramycine	J01FA02	Spiramycine
J01CA10	Mezlocilline	J01GA01	Streptomycine
J01XE01	Microdoïne	J01FA06	Subroxine
J01FA03	Midécamycine	J01EC02	Sulfadiazine
J01AA08	Minocycline	J01FG02	Synercid
J01AA08	Minolis	J01DC07	Taketiam
J01MA01	Monoflocet	J01XA02	Targocid
J01FA09	Mononaxy	J01MA12	Tavanic
J01FA09	Monozeclar	J01CR05	Tazocilline
J01XX01	Monuril	J01XA02	Teicoplanine
J01FA03	Mosil	J01FA15	Télithromycine
J01MA14	Moxifloxacine	J01AA04	Tetralysal
J01AA08	Mynocine	J01DC07	Texodil
J01FA09	Naxy	J01BA02	Thiamphénicol
J01GB01	Nebcine	J01BA02	Thiophénicol
J01MB02	Negram	J01XD03	Tibéral
J01GB07	Nétilmicine	XXXXXX2	Tiberal + Gentalline
J01GB07	Netromicine	J01CA13	Ticarcilline
J01XX07	Nibiol	J01CR03	Ticarcilline ac clavulanique
J01XE01	Nitrofurantoïne	J01CA13	Ticarpen
J01XX07	Nitroxoline	J01DH51	Tienam
J01MA06	Norfloxacine	J01AA12	Tigecycline
J01MA06	Noroxine	J01XD02	Tinidazole
J01MA01	Oflocet	J01GB01	Tobramycine
J01MA01	Ofloxacine	J01AA02	Tolexine
J01DB05	Oracéfal	J01CA01	Totapen
J01CE02	Oracilline	J01DD04	Triacéfán
J01CF02	Orbénine	J01XX04	Trobicine
J01DD13	Orélox	J01CR01	Unacim
J01XD03	Ornidazole	J01MA02	Uniflox
XXXXXX2	Ornidazole + Gentamicine	J01XX01	Uridoz
J01DD08	Oroken	J01XA01	Vancomycine
J01CF04	Oxacilline	J01AA02	Vibramycine
J01EC02	Pédiazole	J01AA08	Yelnac
J01MA03	Peflacine	J01AA08	Zacnan
J01MA03	Péfloxacine	J01FA09	Zeclar
J01CA06	Penglobe	J01DB09	Zeefra
J01CE01	Pénicilline G	J01DC02	Zinnat
J01CE02	Phénoxy méthylpénicilline	J01FA10	Zithromax
J01CA12	Pipéracilline	J01XX08	Zyvoxid

InclISO 2012
 Surveillance des ISO
 Surveillance niveau patient

Coller l'étiquette

Etablissement	
Numéro de fiche : _ _ _ _	Suivi après la sortie jusqu'à J30 (Oui = 1 / Non = 2) : _
Lieu de séjour	
Service : _	Spécialité du service (libre) : _____
Patient	
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2) : _
Date d'hospitalisation : _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Date de sortie : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Etat à la sortie (Vivant = 1 / Décédé = 2) : _
Intervention chirurgicale	
Date d'intervention : _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Code d'intervention (annexe 1) : _ _ _ _	
Code CCAM (annexe 1) : _ _ _ _ _ _	
Classe de contamination (propre = 1 / propre contaminée = 2 / contaminée = 3 / sale = 4 ; annexe 4) : _	
Score ASA (1 / 2 / 3 / 4 / 5 ; annexe 5) : _	
Heure d'incision : _ _ H _ _	Heure de fermeture : _ _ H _ _
Urgence (Oui = 1 / Non = 2) : _	Chirurgie carcinologique (Oui = 1 / Non = 2) : _
Endoscopie chirurgicale (Oui = 1 / Non = 2) : _	
Infection	
Infection du site opératoire (Oui = 1 / Non = 2) : _	
Date d'infection : _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Degré de profondeur (Superficielle = 1 / Profonde = 2 / Organe Espace = 3 / Inconnu = 9 ; annexe 6) : _	
Validé par le chirurgien (Oui = 1 / Non = 2 / Inconnu = 9) : _	
Critère diagnostic (Pus = 1 / Germe isolé = 2 / Signe locaux = 3 / Avis chirurgien = 4 ; annexe 7) : _	
Si critère diagnostique n°2, microorganismes et sensibilités (annexe 8 et 9) :	
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Réhospitalisation pour ISO (Oui = 1 / Non = 2 / Inconnu = 9) : _	
Reprise chirurgicale (Oui = 1 / Non = 2 / Inconnu = 9) : _	
Suivi post-hospitalisation	
Date de dernier contact : _ _ / _ _ / _ _ _ _	

InClSO 2012

MODULE OPTIONNEL

Evaluation de l'antibioprophylaxie

Coller l'étiquette

Numéro fiche (le même que la fiche INCISO) : |_|_|_|

1 Administration d'antibiotiques «autour» de cette intervention

- Y-a-t-il une antibiothérapie curative au moment de l'intervention ?..... |_|_|
(Oui=1 / Non=2 / Inconnu=9)
- Une antibioprophylaxie a-t-elle été administrée ?..... |_|_|
(Oui=1 / Non=2)

2 Description de l'antibioprophylaxie

a) Première administration :

- ♦ heure d'administration :|_|_| h |_|_| mn
- ♦ Molécule (DCI ou nom commercial en clair ; annexe 13) : .. |_____|
- ♦ dose (en mg).....|_|_|_|_| mg

b) 1^{ère} ré-injection éventuelle :

- ♦ heure d'administration :|_|_| h |_|_| mn
- ♦ Molécule (DCI ou nom commercial en clair ; annexe 13) : .. |_____|
- ♦ dose (en mg).....|_|_|_|_| mg

c) 2^{ème} ré-injection éventuelle :

- ♦ heure d'administration :|_|_| h |_|_| mn
- ♦ Molécule (DCI ou nom commercial en clair ; annexe 13) : .. |_____|
- ♦ dose (en mg).....|_|_|_|_| mg

En cas d'association d'antibiotiques, on renseignera la posologie de l'antibiotique qui n'est pas l'aminoside

d) Durée de l'antibioprophylaxie :

- ♦ Y a-t-il une prescription ATB en sortie de salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ?
(oui = 1 / non = 2 / Inconnu = 9)|_|_|

3 Avis du référent INCISO

Si la stratégie d'antibioprophylaxie est différente du consensus SFAR, l'ABP est-elle en cohérence avec le protocole du service ? (oui = 1 / non = 2) |_|_|

InclSO 2012

Surveillance des ISO

Surveillance niveau service

Fiche à remplir en cas d'ISO

Etablissement	
Numéro de fiche : _ _ _ _	Suivi après la sortie jusqu'à J30 (Oui = 1 / Non = 2) : _
Lieu de séjour	
Service : _	Spécialité du service (libre) : _____
Patient	
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2) : _
Date d'hospitalisation : _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Date de sortie : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Etat à la sortie (Vivant = 1 / Décédé = 2) : _
Intervention chirurgicale	
Date d'intervention : _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Code d'intervention (annexe 1) : _ _ _ _	
Code CCAM (annexe 1) : _ _ _ _ _ _ _ _	
Infection	
Date d'infection du site opératoire : _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Degré de profondeur (Superficielle = 1 / Profonde = 2 / Organe Espace = 3 / Inconnu = 9 ; annexe 6) : _	
Si critère diagnostique n°2, microorganismes et sensibilités (annexe 8 et 9) :	
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Suivi post-hospitalisation	
Date de dernier contact : _ _ / _ _ / _ _ _ _	