C-CLIN *Est*

FICHE DE RECUEIL

Etiquette du patient

----------pour tout envoi : découper après photocopie----------

RESEAU DE SURVEILLANCE DES ISO 2009

Numéro de fiche : |___|___|___|___|___| **Code Clin** |_3_| **Code Etablissement :** |___|___|___|___|___|

Statut de l'établissement : |___|___|___|___| **Type de l'établissement :** |___|___|___|

Code service/unité : |___|___|___| **Spécialité service** (*Cf annexe 8*) **:** |___|___|___|

Code chirurgien : |___|___|___| **Suivi après la sortie, jusqu'à J30 :** |___| *(**1** = Oui, **2** = Non, **9** = Inconnu)* **Type de surveillance :** |___| *(**1** = globale, **2** = prioritaires)*

Données administratives

Date d'entrée dans l'établissement *(jj/mm/aaaa)*……..|___|___|/|___|___|/|___|___||___|___|

Date de sortie du service *(jj/mm/aaaa)* **:** ……..|___|___|/|___|___|/|___|___||___|___|

Etat à la sortie *(**1** = Vivant, **2** = Décédé)*……..|___|

Date de naissance *(jj/mm/aaaa)*……..|___|___|/|___|___|/|___|___||___|___|

Sexe *(**1** = Masculin, **2** = Féminin, **9** = Inconnu)*……..|___|

Intervention chirurgicale

Date d'intervention *(jj/mm/aaaa)*…… |___|___|/|___|___|/|_2_|_0_|_0_|_9_|

Code **CCAM** *(surveillance des **interventions prioritaires**)*…… ……|___|___|___|___|___|___|___|

Code **RAISIN** *(surveillance **globale**)*……|___|___|___|___|

Intervention principale en clair : ……

Classe de contamination (Altmeier) *(**1** = propre, **2** = propre contaminée, **3** = contaminée, **4** = salle infectée)*…… |___|

Score ASA (**1** à **5** *(Cf annexe 4)*…… |___|

Heure et minute d'incision *(procédure principale) (hh/mn)*……..|___|___|/___||___|

Heure et minute de fermeture *(procédure principale) (hh/mn)*…….…….. |___|___|/___||___|

Caractère urgent de l'intervention *(**1** = Oui, **2** = Non, **9** = Inconnu)*…… |___|

Chirurgie ambulatoire *(**1** = Oui, **2** = Non, **9** = Inconnu)*…… |___|

Coelio/vidéochirurgie *(**1** = Oui, **2** = Non, **9** = Inconnu)*…… |___|

INFECTION DU SITE OPERATOIRE

Présence d'ISO *(**1** = Oui, **2** = Non)*…… |___|

Date de diagnostic de l'ISO *(jj/mm/aaaa)*…… |___|___|/|___|___|/|_2_|_0_|_0_|_9_|

Degré de profondeur de l'ISO *(**1** = Superficiel, **2** = Profond, **3** = organe/espace, **9** = Inconnu)*…… |___|

Numéro du cas d'ISO *(**1** = pus provenant de l'incision, **2** = microbiologie positive, **3** = signes locaux d'infection, **4** = diagnostic par le chirurgien, **9** = Inconnu)*…… |___|

Reprise chirurgicale pour cette ISO *(**1** = Oui, **2** = Non, **9** = Inconnu)*…… |___|

Micro-organisme 1 *(+ résistance (Cf annexe 7)*…… |___|___|___|___|___|___|/|___|

Micro-organisme 2 *(+ résistance (Cf annexe 7)*…… |___|___|___|___|___|___|/|___|

Micro-organisme 3 *(+ résistance (Cf annexe 7)*…… |___|___|___|___|___|___|/|___|

SUIVI DU PATIENT APRES LA SORTIE

Date du dernier contact *(jj/mm/aaaa)*…… |___|___|/|___|___|/|_2_|_0_|_0_|_9_|