

Fiche de signalement des Infections Nosocomiales à transmettre sans délai à la DDASS et au CCLIN

Rappel : Selon le décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001, certains cas d'infections nosocomiales doivent être signalés conjointement à la DDASS et au C.CLIN de votre inter-région (article R. 711-1-14). L'épisode qui doit être signalé peut être constitué de plusieurs cas d'infections nosocomiales, notamment lorsque les caractéristiques ou modalités de survenue du ou des premiers cas ne permettent pas d'emblée de répondre aux critères énoncés ci-dessous.

Etablissement :

Code FINESS (obligatoire) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

.....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville :

Statut : Public Privé PSPH

Type : CHU CH H. Local Psy

MCO SSR SLD Mil

CLCC HAD Autre

Personne responsable du signalement :

(si différente du praticien en hygiène)

Nom :

Fonction :

Tel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Praticien en hygiène ou autre personne contact :

Nom :

Fonction :

Tel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Evènement n° |_|_|_|_|_| 2|0|0| (1)

Nombre de cas : |_|_|_|_|

Dont décédés : |_|_|_|

Date de début du 1er cas : |_|_|_|_|_| 2|0|0|

Si plusieurs cas, date du dernier cas connu : |_|_|_|_|_| 2|0|0|

Cet épisode se rapporte-t-il à un épisode déjà signalé ? Oui Non Date : |_|_|_|_|_| 2|0|0|

(1) : X AAAA, où X est le Xième évènement signalé par l'établissement depuis le début de l'année et AAAA l'année.

Motifs de signalement (à cocher obligatoirement, une ou plusieurs cases) :

1. Infection nosocomiale ayant un caractère rare ou particulier du fait :

1.a. De l'agent pathogène en cause (nature, caractéristiques, ou profil de résistance)

Agent pathogène envoyé au CNR Oui Non Date : |_|_|_|_|_| 2|0|0|

1.b. De la localisation de l'infection

1.c. De l'utilisation d'un dispositif médical (DM), lequel :

1.d. De procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux, lors d'un acte invasif, lesquelles :

Si un produit de santé est concerné, lequel :

2. Décès lié à une infection nosocomiale

3. Infection nosocomiale suspecte d'être causée par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant

4. Maladie devant faire l'objet d'une Déclaration Obligatoire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée

D.O. faite pour cette maladie : Oui Non Date : |_|_|_|_|_| 2|0|0|

Autre, précisez :

Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas Oui Non Si oui, précisez type et date

pharmaco- hémo- bio- matério-vigilance Date : |_|_|_|_|_| 2|0|0|

Justification des critères de signalement, description de l'évènement (éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, n° de fiche vigilance éventuel, etc.) :

Description de l'évènement (joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes) :

- Epidémie ou cas groupés : Oui, précisez Non
- Caractère nosocomial : Certain Probable
- Origine du (des) cas : Acquis dans l'établissement Importé(s)
- Autre(s) établissement(s) concerné(s) : Oui, le (s)quel(s)
..... Non Ne sait pas
- Service(s) ou unité(s) concerné(s) :
- Microorganisme(s) en cause :
✓ Profil de résistance (joindre l'antibiogramme) :
- Site(s) anatomique(s) de l'infection :

Investigations réalisées à la date du signalement

(joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes) : Oui Non En cours

✓ Précisez :

Hypothèse sur la cause de l'infection : Oui Non

✓ Précisez :

Mesures correctives : (joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes)

- Prises à la date de signalement Oui Non Sans objet
- A prévoir à long terme : Oui Non Ne sait pas Sans objet

✓ Précisez :

Besoin d'expertise extérieure : Oui Non

✓ Précisez :

Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé : Oui Non

✓ Précisez :

Commentaires du praticien en hygiène :

.....
.....
.....

Fait à : le : |__|_|_|_|200| Signature :

A retourner sans délai à la DDASS et au CCLIN

--	--