

Fiche de signalement des Infections Nosocomiales (version 2011) à transmettre sans délai à l'ARS et au CCLIN dont dépend votre établissement

Rappel : Selon les articles L 1413-14 et R 6111-12 à R 6111-17 du code de la santé publique, certains cas d'infections nosocomiales doivent être signalés conjointement à l'ARS et au CCLIN dont dépend votre établissement. 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.

Une copie de cette fiche doit être insérée dans le dossier médical du(des) patient(s) concerné(s) (circulaire DHOSIE2 - DGSISD5C n°21 du 22 janvier 2004).

1 Données administratives

Etablissement :

Code FINESS Etablissement : ... | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse :

Code postal : | | | | | | | |

Ville :

Statut : Public Privé

Privé d'intérêt collectif

Type : CHR/CHU CH/CHG H. Local CHS/Psy

MCO SSR SLD HIA

CLCC HAD Autre

Personne responsable du signalement

(si différente du praticien en hygiène)

Nom :

Fonction :

Tel : | | | | | | | | | | | | | | | |

Fax : | | | | | | | | | | | | | | | |

Courriel :

Praticien en hygiène

(ou à défaut représentant de l'EOHH)

Nom :

Fonction :

Tel : | | | | | | | | | | | | | | | |

Fax : | | | | | | | | | | | | | | | |

Courriel :

2 Critères 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 à un CNR ou laboratoire expert Non Oui

Si Oui, date : | | | | | | | | | | Quel CNR ou laboratoire expert :

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

Précisez 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 : Non Oui Date : | | | | | | | | | |

Autre (épidémie par exemple), précisez :

• Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas Non Oui, précisez alors type(s) et date :

bio- cosméto- hémo- matério- pharmaco- réacto-vigilance Date : | | | | | | | | | |

3 Description de l'évènement

Evènement n° | | | | | | | | - | | | | | | | | (1) Nombre de cas : | | | | | | | | dont décédés : | | | | | | | |

Date du 1er cas : | | | | | | | | | | Si plusieurs cas, date du dernier cas connu : | | | | | | | | | |

Cet évènement se rapporte-t-il à un évènement déjà signalé ? Non Oui Si oui, date de signalement : | | | | | | | | | |

(1) : AAAA-X, où et AAAA est l'année et X le X^{ème} évènement signalé par l'établissement depuis le début de l'année.

- **Cas groupés ou épidémie :** Non Oui
- **Type de cas :** Infection(s) Colonisation(s)
- **Population concernée :** Patient(s) Personnel(s)
- **Caractère nosocomial :** Certain Probable Possible
- **Origine du (des) cas :** Acquis dans l'établissement Importé(s)
- Autre(s) établissement(s) concerné(s) : Non Oui Si oui, le(s)quel(s) :
-
- **Site(s) anatomique(s) :**
-
- **Microorganisme(s) en cause :**
-
- Profil de résistance (joindre l'antibiogramme si besoin, notamment si critère 1a) :
-
- **Spécialité(s) du(des) service(s) concerné(s) :**
-

④ Investigations réalisées à la date du signalement

Non Oui En cours

- Précisez :

.....

- **Hypothèse sur la cause de l'évènement :** Non Oui

- Précisez :

.....

- **Actions d'amélioration :**

Prises à la date de signalement Non Oui Sans objet

A programmer : Non Oui Ne sait pas Sans objet

- Précisez :

.....

- **Besoin d'expertise extérieure :** Non Oui

- Précisez :

.....

- **Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé :** Non Oui En cours Sans objet

- Précisez :

.....

⑤ Informations complémentaires (joindre tout document utile, établi par l'établissement et rendu anonyme)

Justification des critères de signalement, description de l'évènement

(éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, n° de fiche vigilance éventuel, etc.) :

.....

.....

Commentaires additionnels du praticien en hygiène (ou à défaut d'un représentant de l'EOHH)

.....

.....

Fait à : le : | | | | | | | | | |

Signature :