BMR 2017

FICHE INFECTION A CLOSTRIDIUM DIFFICILE

• **Numéro de fiche** I___I___I___I___I **Établissement** I___I___I___I___I

Lieu de séjour

• Discipline : ……Spécialitél___I___I___Il___I___I___I

• Unité I___I___I___I___I

Patient

• Date de naissance I___I___I I___I___I I___I___I___I___I • Sexe 1- M □ 2- F □

• Date d'entrée dans l'établissement I___I___I I___I___I I___I___I___I___I

• Date d'admission dans le service I___I___I I___I___I I___I___I___I___I

Infection à *Clostridium difficile*

• **Date du début des symptômes (diarrhée)** I___I___I I___I___I I___I___I___I___I

• **Date du prélèvement biologique confirmant l'infection** I___I___I I___I___I I___I___I___I___I

• **S'agit-il d'une rechute d'ICD (2 à 8 semaines)** 1- Oui □ 2- Non □ 9- Inconnu □

Si oui, quel est le N° de la fiche précédente la plus récente pour ce même patient***** ? I___I___I___I

• **S'agit-il d'une récidive (>8 semaines) ?** 1- Oui □ 2- Non □ 9- Inconnu □

Si oui, quel est le N° de la fiche précédente la plus récente pour ce même patient***** ? I___I___I___I

• **Origine de l'infection**

□ 1- Acquise dans l'établissement (>48 h.)

□ 1- Acquise dans le service □ 2- Acquise dans un autre service de l'établissement

□ 2- Importée d'un autre ES : début des symptômes durant les 4 semaines suivant la sortie d'un ES

□ 3- Importée d'un Ehpad : début des symptômes durant les 4 semaines suivant la sortie d'un Ehpad

□ 4- Communautaire : si début des symptômes hors ES et sans sortie d'hôpital dans les 12 semaines précédentes, ou début des symptômes dans les 48 h suivant l'admission dans l'établissement et non précédé d'un séjour en ES dans les 12 semaines précédentes

□ 5- Indéteminée : si patient sorti d'un ES entre 4 et 12 semaines avant le début des symptômes

□ 9- Inconnue

***** *Si le cas primaire a eu lieu dans un autre établissement, reporter le numéro de la fiche actuelle (généré par l'application WEBBMR)*

.

Evaluation des précautions complémentaires

Patient sorti ou décédé 1- Oui □ 2- Non □ **(Si oui, les précautions ne sont pas à évaluer)**

Information du service pour mise en place 1- Oui □ 2- Non □

Date de l'information du service **I___I___I I___I___I I___I___I___I___I**

Information transmise par : 1- laboratoire □ 2- équipe opérationnelle d'hygiène □

Date de l'évaluation : I___I___I I___I___I I___I___I___I___I

Mise en place des mesures 1- Oui □ 2- Non □

Prescription médicale 1- Oui □ 2- Non □ 3- Protocole □ 9- Inconnu □

Moyens mis à disposition :

1. **Chambre individuelle** 1- Oui □ 2- Non □
   Si non : 1- Indication médicale □ 2- Manque de chambre individuelle □ 9-Inconnu □

2. **Equipements de protection individuelle**
   Surblouse à manches longues à usage unique + Gants à usage unique 1- Oui □ 2- Non □

3. Produits pour une hygiène des mains adaptée
   Savon simple + Friction PHA 1- Oui □ 2- Non □

4. Gestion des excrétas pour les personnes continentes, dépendantes
   Utilisation du lave-bassin 1- Oui □ 2- Non □
   Utilisation de protège-bassin UU 1- Oui □ 2- Non □

5. Produits pour bionettoyage adapté
   Détergent + Eau de javel à 0,5% 1- Oui □ 2- Non □
   Autre produit actif sur CD 1- Oui □ 2- Non □