

Fiche 2001 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 de l'établissement :.....

Adresse.....

.....

.....

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

• **Responsable du signalement (si différent du praticien en hygiène)**

Nom

Fonction

Tél

• **Personne contact (praticien de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène)**

Nom

Fonction

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

E-mail :

Evénement n°

Nombre de cas :

Date de début du 1^{er} cas |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

• **Motifs de signalement (à cocher obligatoirement⁵)**

1. infection nosocomiale ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales et nationales, du fait :

1.a. de l'**agent pathogène** en cause (sa nature, ses caractéristiques, son profil de résistance aux anti-infectieux)

Agent pathogène envoyé au CNR : oui Date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

non

1.b. de la **localisation** de l'infection chez la ou les personnes atteintes

1.c. de l'utilisation d'un **dispositif médical**

Signalement de matériovigilance fait pour ce cas : oui Date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

non

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

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 transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire (en application de l'article R. 11-2) et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée

D.O. faite pour cette maladie : oui Date de la DO |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

non

aucun des critères précédents n'est rempli :

Justification des critères de signalement (éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel):

⁵ plusieurs cases peuvent être cochées

Description de l'événement (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement, anonymisés)

.Nombre de cas certains ou probables: |_|_|_|_| Dont décédés : |_|_|

.Date de diagnostic du 1^{er} cas certain ou probable : |_|_|_|_|_|_|_|_|

.Secteur(s) d'activité(s) concerné(s)⁶ :

Un secteur, lequel :

Plusieurs secteurs, lesquels :

Inconnu

.Procédure(s) de soin(s) concernée(s) : Connue(s) laquelle : Inconnu

.Dispositif médical concerné : Connue, lequel : Inconnu

.Possibilité d'exposition d'autres patients au même risque :

oui.....si oui combien⁷ |_|_|_|_| Si oui, dépistage nécessaire

non Inconnu

.Si plusieurs établissements sont concernés, lesquels : :.....

.Microorganisme(s) en cause : Connue(s) le(s)quel(s) : Inconnu

.Profil de résistance (si applicable) : :.....

.Site(s) anatomique(s) de l'infection : Unique, lequel Multiples, lesquels :.....

Investigations réalisées à la date du signalement (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement, anonymisés) :

oui non en cours

Mesures correctives prises à la date du signalement (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement)

oui non

Mesures correctives à long terme à prévoir : oui non ne sait pas

Evolutivité de l'épisode : maîtrisé évolutif inconnu

<p>Besoin d'expertise extérieure : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui : <input type="checkbox"/> urgent .qui :</p> <p>.pour quel motif (investigation, recommandations) :</p> <p>. type d'expertise pour l'investigation :</p> <p><input type="checkbox"/> A définir <input type="checkbox"/> épidémiologique <input type="checkbox"/> microbiologique <input type="checkbox"/> audit des pratiques <input type="checkbox"/> autres :.....</p> <p>. expertise pour l'élaboration de recommandations : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, précisez :</p>
<p>Appréciation du praticien en hygiène: <input type="checkbox"/> Cas certain de signalement <input type="checkbox"/> Cas possible de signalement</p> <p>Commentaires :</p> <p>Fait à Date : Signature:.....</p>

A retourner sans délai à la DDASS et au C.CLIN (Adresses, Tél, Fax) :

(Fiche téléchargée via www.hosmat.fr -
⁶ Un secteur peut être une unité d'hospitalisation ou de consultation, un bloc opératoire, un service logistique
⁷ donner une estimation