

Numéro de fiche | | | | | | | |

.....

|                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| <b>Numéro de fiche</b>              | (attribuée par l'informatique)  |   |
| <b>Code établissement</b>           | (attribué par le CCLIN)   | 5 |
| <b>LIEU DE SEJOUR</b>               |   |   |
| <b>Code Service</b>                 | (attribué par le CCLIN)   |   |
| <b>Spécialité du service</b>        | (code 3 lettres)  |   |
| <b>PATIENT</b>                      |   |   |
| Date de naissance                   | (jj/mm/aaaa)      __ / __ / ____  |   |
| Sexe                                | <input type="checkbox"/> Masculin (1) <input type="checkbox"/> Féminin (2)  |   |
| Date d'hospitalisation              | (jj/mm/aaaa)      __ / __ / ____  |   |
| Date de sortie du service           | (jj/mm/aaaa)      __ / __ / ____  |   |
| Etat à la sortie du service         | <input type="checkbox"/> Vivant (1) <input type="checkbox"/> Décédé (2)   |   |
| <b>INTERVENTION CHIRURGICALE</b>    |   |   |
| Date d'intervention                 | (jj/mm/aaaa)      __ / __ / ____  |   |
| Code de l'intervention principale   | (code 4 lettres)      ____  |   |
| (en clair) .....                    |   |   |
| Code CCAM                           | (code 4 lettres + 3 chiffres)      _____  |   |
| Classe de contamination             | <input type="checkbox"/> Propre (1) <input type="checkbox"/> Propre-contaminée (2)<br><input type="checkbox"/> Contaminée (3) <input type="checkbox"/> Sale/Infectée (4)<br><input type="checkbox"/> Inconnue (9)   |   |
| Score ASA                           | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Inconnu (9)   |   |
| Durée d'intervention                | (en minutes)      _____ (si inconnue : 9999)  |   |
| Urgence                             | <input type="checkbox"/> Oui (1) <input type="checkbox"/> Non (2) <input type="checkbox"/> Inconnu (9)  |   |
| Chirurgie carcinologique            | <input type="checkbox"/> Oui (1) <input type="checkbox"/> Non (2) <input type="checkbox"/> Inconnu (9)  |   |
| Endoscopie chirurgicale             | <input type="checkbox"/> Oui (1) <input type="checkbox"/> Non (2) <input type="checkbox"/> Inconnu (9)  |   |
| <b>INFECTION DU SITE OPERATOIRE</b> |   |   |
| Présence d'une infection            | <input type="checkbox"/> Oui (1) <input type="checkbox"/> Non (2)   |   |
| Date de l'infection                 | (jj/mm/aaaa)      __ / __ / ____  |   |
| Degré de profondeur de l'infection  | <input type="checkbox"/> Superficiel (1) <input type="checkbox"/> Profond (2)<br><input type="checkbox"/> Org/espace (3) <input type="checkbox"/> Inconnu (9)   |   |
| Validation de l'ISO par chirurgien  | <input type="checkbox"/> Oui (1) <input type="checkbox"/> Non (2) <input type="checkbox"/> Inconnu (9)  |   |
| Circonstances de diagnostic         | <input type="checkbox"/> Pus prov de l'incision (1) <input type="checkbox"/> Microbiologie positive (2)<br><input type="checkbox"/> Signes locaux d'infection (3) <input type="checkbox"/> Diagnostic chirurgical (4)<br><input type="checkbox"/> Inconnu (9) |   |
| Micro-organisme(s) identifié(s)     | Microorg 1 + sensibilité .....  |   |
|                                     | Microorg 2 + sensibilité .....  |   |
|                                     | Microorg 3 + sensibilité .....  |   |
| Reprise chirurgicale pour cette ISO | <input type="checkbox"/> Oui (1) <input type="checkbox"/> Non (2) <input type="checkbox"/> Inconnu (9)  |   |
| <b>SUIVI POST-OPERATOIRE</b>        |   |   |
| Date du dernier contact             | (jj/mm/aaaa)      __ / __ / ____  |   |

