

# Surveillance des Infections du Site Opérateur - ISO 2010

Etiquette du patient

Numéro de fiche |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

<b>Numéro de fiche</b>	<b>(attribuée par l'informatique)</b>	_ _ _ _ _
<b>Code établissement</b>	<b>(attribué par le CCLIN)</b>	_ _ _
<b>LIEU DE SEJOUR</b>		
<b>Code Service</b>	<b>(attribué par le CCLIN)</b>	_ _ _
<b>Spécialité du service</b>	<b>(code 3 lettres)</b>	_ _
<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) <input type="checkbox"/> Contaminée (3) <input type="checkbox"/> Sale/Infectée (4) <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) <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) <input type="checkbox"/> Signes locaux d'infection (3) <input type="checkbox"/> Diagnostic chirurgical (4) <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)      __/__/____	_ _   _ _   _ _ _ _