

Fiche 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 (obligatoire) :

Adresse :

.....

.....

Code postal : /___/___/___/___/___/

Ville :

Statut : Public Privé PSPH

Type : CHU CH H. Local Psy

MCO SSR SLD Mil

CLCC HAD Autre

Personne responsable du signalement :

(si différente du praticien en hygiène)

Nom :

Fonction :

Tel : ___/___/___/___/___

Fax : ___/___/___/___/___

E-mail :

Praticien en hygiène ou autre personne contact :

Nom :

Fonction :

Tel : ___/___/___/___/___

Fax : ___/___/___/___/___

E-mail :

Evènement n° _____ 20 ____ (1) Nombre de cas : /___/ Dont décédés : /___/

Date de début du 1^{er} cas : ___/___/20__

Si plusieurs cas, date du dernier cas connu : ___/___/20__

Cet épisode se rapporte-t-il à un épisode déjà signalé ? Oui Date : ___/___/20__ Non

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

Motifs 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 au CNR Oui Date : ___/___/20__ Non

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, 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 : Oui Date : ___/___/20__ Non

Autre, précisez :

Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas Oui Non Si oui, précisez type et date

pharmaco- hémo- bio- matério-vigilance Date : ___/___/20__

Justification des critères de signalement, description de l'évènement (éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, n° de fiche vig ilance éventuel, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description de l'évènement (joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes) :

- Epidémie ou cas groupés : Oui, précisez Non
- Caractère nosocomial : Certain Probable
- Origine du (des) cas : Acquis dans l'établissement Importé(s)
- Autre(s) établissement(s) concerné(s) : Oui, le(s)quel(s)
..... Non Ne sait pas
- Service(s) ou unité(s) concerné(s) :
.....
- Micro-organisme(s) en cause :
.....
.....
 - ✓ Profil de résistance (joindre l'antibiogramme)
- Site(s) anatomique(s) de l'infection :
.....
.....

Investigations réalisées à la date du signalement

(joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes) : Oui Non En cours

✓ Précisez :

Hypothèse sur la cause de l'infection : Oui Non

✓ Précisez :

Mesures correctives : (joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes)

- Prises à la date de signalement Oui Non Sans objet
- A prévoir à long terme : Oui Non Ne sait pas Sans objet

✓ Précisez :

Besoin d'expertise extérieure : Oui Non

✓ Précisez :

Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé : Oui Non

✓ Précisez :

Commentaires du praticien en hygiène :

.....
.....

Fait à : le : ___ / ___ / 20___ Signature :

A retourner sans délai à la DDASS et au CCLIN

--	--