# ENP 2024 EN EHPAD ÉTUDES DE CAS CLINIQUES

Formation des enquêteurs







Identification du résident
Date de l'enquête :/ ID résident :/ NOM et Prénom du résident :/
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)
Année de naissance : Sexe : Féminin Masculin
Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD Oui-UHR
Hospitalisation : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale : Non Oui Inconnu (dans les 3 mois)
Présence d'escarre : □ Non □ Oui <u>Si oui</u> , préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4
Désorientation :
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu
Incontinence :
Dispositif(s) invasif(s) Non Oui
Sonde urinaire :
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s):
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable
Traitement(s) anti-infectieux
Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial):
Voie d'administration (ev, m, sc, o, t):
Durée prévue du traitement (en jours) :
Contexte de prescription (Curati, Prophyl.):
Diagnostic associé au traitement :
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :
Infection(s) associée(s) aux soins Oui Oui
Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3
Micro-organisme(s):
Sensibilité MO (ATB - SIR) :
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner



#### Date enquête: 22/05/2024 après-midi

Mme Odile Soulié, 89 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Jolies Fleurs depuis plus d'un an. Elle se porte généralement bien et n'a pas été hospitalisée depuis qu'elle est dans l'EHPAD. Elle était au lit à 8h du matin. Elle a besoin d'un fauteuil roulant. Elle n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Elle est orientée et continente.

- Le 15/05 : elle s'est plainte de douleurs à la miction. Par ailleurs, elle allait bien et n'avait pas de température. Le test de bandelette urinaire a montré un résultat positif pour les nitrites et les leucocytes.
- Le 16/05 : un ECBU a été réalisé et a été envoyé au laboratoire pour analyse le même jour.
- Le 17/05: Les résultats microbiologiques identifient Escherichia coli > 10<sup>5</sup> UFC sensible à tous les antibiotiques testés sans autre mention du laboratoire. Le médecin traitant lui prescrit le jour même de l'Amoxicilline 1 g trois fois par jour pendant 7 jours.
- Le 19/05 : le médecin traitant est revenu voir Mme Soulié qui se sent bien et ne présente plus de signes cliniques.
- Le 22/05, le jour de l'enquête Mme Soulié va bien. Dans son dossier médical, il n'y aucune mention relative à son traitement antibiotique depuis la prescription initiale d'amoxicilline.



### **QUESTIONS À SE POSER**

#### LA RÉSIDENTE A-T- ELLE ÉTÉ INFORMÉE DE CETTE ENQUÊTE ?

OUI : l'EHPAD a informé les résidents et leur famille de la réalisation de l'enquête et la résidente n'a pas exercé son droit d'opposition à la transmission de ses données ; je peux étudier son éligibilité à l'enquête

### LA RÉSIDENTE EST-ELLE ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- Hébergement permanent
- Présente à 8h le matin dans l'EHPAD
- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX?

- Amoxicilline prescrit le jour du traitement
- Classe d'anti-infectieux ciblée par l'enquête
- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je renseigne la partie dédiée

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS?

- Absence de signes cliniques MAIS traitement général de l'infection toujours en cours
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » » et je renseigne la partie dédiée

CONFIRMATION DE L'



#### **INFECTIONS URINAIRES**

		☐ Résident <u>sans</u> cathéter urinaire
		<b>▼</b>
		<u>SIGNES/SYMPTÔMES</u>
		AU MOINS <u>UN</u> DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :
		<ul> <li>1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate</li> </ul>
		□ 2. Fièvre* OU leucocytose**  ET au moins un des signes de localisation urinaires suivants : □ Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral □ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne □ Hématurie macroscopique □ Aggravation/apparition d'une incontinence □ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle □ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
		□ 3. Absence de fièvre* et de leucocytose**  ET au moins deux des signes de localisation urinaires suivants: □ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne □ Hématurie macroscopique □ Aggravation/apparition d'une incontinence □ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle □ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
		<b>+</b>
		EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)  Non réalisé, négatif ou résultats inconnus  OU  ECBU <u>réalisé ET</u> :  Au moins 10³ UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de microorganismes dans un échantillon d'urine mictionnelle  OU  Au moins 10² UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage
		<u> </u>
	MATION DE L'INF	
_		ES ET ECBU positif: INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)
	Signes/symptôme	es <u>ET</u> ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)

CONFIRMATION DE L'IN



INFE	CTIONS URINAIRES		
	☐ Résident <u>sans</u> cathéter urinaire		
	+		
SIGNE	ES/SYMPTÔMES		
AU M	OINS <u>UN</u> DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 d	ou 3) :	
	. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou s es testicules, de l'épididyme ou de la prosta		
	. Fièvre* OU leucocytose** au moins <u>un</u> des signes de localisation urina	aires	
su	ivants :		
	Aggravation/apparition de l'augmentation de mictionnelle		
_	<ol> <li>Aggravation/apparition récente de la fréquen</li> <li>Absence de fièvre* et de leucocytose**</li> </ol>	ce mictionnelle	
<u>^</u>	<u>T</u> au moins <u>deux</u> des signes de localisation u	rinaires	
	uivants : ]	-pubienne	
	Hématurie macroscopique Aggravation/apparition d'une incontinence		
	Aggravation/apparition de l'augmentation de mictionnelle	l'impériosité	
	Aggravation/apparition récente de la fréquen	ce mictionnelle	
	<b>+</b>		
EXAM	IEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINE	S (ECBU)	
	Non réalisé, négatif ou résultats inconnus		
<u>o∪</u>	ECBU réalisé ET :		
	Au moins 10 <sup>5</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 esp		
	organismes dans un échantillon d'urine miction d'urine miction d'urine miction de la company de la c	onnelle	
	Au moins 10 <sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconqu d'organismes dans un échantillon prélevé par		
	d organismes dans un echandion prefeve par	Solidage	
<b>+</b>		<b>+</b>	
RMATION DE L'INFECTION		·	
Signes/symptômes <u>ET</u> ECB	U positif :	INFECTION UR	INAIRE CONFIRMÉE (URI1
Signes/symptômes ET ECB	U non réalisé, négatif ou résultats inconnus :	INFECTION UR	INAIRE PROBABLE (URI2)



INF	ECTIONS URINAIRES
	☐ Résident <u>sans</u> cathéter urinaire
SIG	₩ WALES (SVAADTÔMES
316	NES/SYMPTÔMES
AU	MOINS <u>UN</u> DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :
₹	Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
	2. Fièvre* OU leucocytose**
	ET au moins un des signes de localisation urinaires suivants :  Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne Hématurie macroscopique Aggravation/apparition d'une incontinence Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle  Absence de fièvre* et de leucocytose** ET au moins deux des signes de localisation urinaires suivants : Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne Hématurie macroscopique Aggravation/apparition d'une incontinence Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
EXA	AMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)
00	
2	ECBU <u>réalisé</u> <u>ET</u> :  □ Au moins 10³ UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de microorganismes dans un échantillon d'urine mictionnelle <u>OU</u> □ Au moins 10³ UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage
	l
1	1
<b>▼</b>	
RMATION DE L'INFECTIO	<u>N</u>
Signes/symptômes ET E	CBU positif: INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1

Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)

Signes/symptômes ET ECBU positif:

Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus :



	☐ Résident <u>sans</u> cathéter urinaire 
SIG	NES/SYMPTÔMES
AU	MOINS <u>UN</u> DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :
×	Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
	2. Fièvre* OU leucocytose**  ET au moins un des signes de localisation urinaires suivants:  Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral  Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne  Hématurie macroscopique  Aggravation/apparition d'une incontinence  Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle  Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle  3. Absence de fièvre* et de leucocytose**
	ET au moins deux des signes de localisation urinaires suivants :  Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne Hématurie macroscopique Aggravation/apparition d'une incontinence Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
FXA	▼ AMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)
<u>ou</u>	Non réalisé, négatif ou résultats inconnus  ECBU <u>réalisé ET</u> :  Au moins 10 <sup>3</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de microorganismes dans un échantillon d'urine mictionnelle  OU  Au moins 10 <sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconque
<b>+</b>	d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)

INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)



#### INFECTIONS URINAIRES

INFECTIONS ORINAIRES
☐ Résident <u>sans</u> cathéter urinaire
<b>\</b>
<u>SIGNES/SYMPTÔMES</u>
AU MOINS <u>UN</u> DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :
<ol> <li>Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate</li> </ol>
□ 2. Fièvre* OU leucocytose**  ET au moins <u>un</u> des signes de localisation urinaires suivants : □ Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral □ Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne □ Hématurie macroscopique □ Aggravation/apparition d'une incontinence □ Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle □ Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
3. Absence de fièvre* et de leucocytose**  ET au moins deux des signes de localisation urinaires suivants:  Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne Hématurie macroscopique Aggravation/apparition d'une incontinence Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
<u></u>
EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)
Non réalisé, négatif ou résultats inconnus  OU  ECBU <u>réalisé ET</u> :  Au moins 10³ UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de microorganismes dans un échantillon d'urine mictionnelle  OU  Au moins 10² UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage
+

#### CONFIRMATION DE L'INFECTION

Signes/symptômes ET ECBU positif :

INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)

Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus :

INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)







Identification du résident
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : SOULIÉ Odile
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)
Année de naissance : 1935 Sexe : ★ Féminin
Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : → Non □ Oui-USA □ Oui-UGD □ Oui-UHR
Hospitalisation : 🙀 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu Intervention chirurgicale : 👺 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu (dans les 3 mois)
Présence d'escarre : ★ Non □ Oui Si oui, préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4
Désorientation : 🖄 Non 🚨 Oui 🚨 Inconnu
Mobilité : 🔲 Ambulant 🔀 En fauteuil roulant 🔲 Alité 🔲 Inconnu
Incontinence: 🖎 Non 🚨 Oui 🚨 Inconnu
Dispositif(s) invasif(s) 🔛 Non 🚨 Oui
Sonde urinaire :
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui
Si oui, préciser le  (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable
Traitement(s) anti-infectieux □ Non 웹 Oui → p.36
Nom de l'Al (DCL, ATC, nom commercial):  Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Anti-infectieux n°2  Anti-infectieux n°3  Anti-infectieux n°4
Durée prévue du traitement (en jours) :
Contexte de prescription (Curett, Prophyl.):
Diagnostic associé au traitement :
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):
Infection(s) associée(s) aux soins 🔲 Non 😘 Oui
Infection associée aux soins n°1 Infection a P.41
Site(s) infectieux :
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (cvP, Midline, csc, cvc, Picc, cct)
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3
Micro-organisme(s):
Sensibilité MO (ATB - SIR) :  Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner







Identification du résident
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : Donné par l'application SOULIÉ Odile
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)
Année de naissance : 1935 Sexe : 🕒 Féminin □ Masculin
Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : → Non □ Oui-USA □ Oui-UGD □ Oui-UHR
Hospitalisation : ♀️ Non □ Oui □ Inconnu Intervention chirurgicale : ♀️ Non □ Oui □ Inconnu (dans les 3 mois)
Présence d'escarre : ☑ Non ☐ Oui Si oui, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Désorientation : 🖄 Non 🗔 Oui 🗖 Inconnu
9.2.4 Traitement(s) anti-infectieux
Tous les traitements anti-infectieux ciblés dans le cadre de l'enquête ET administrés par voie générale aux résidents le jour de l'enquête doivent être rapportés et documentés. Les classes d'anti-infectieux ciblés par l'enquête sont les suivantes (cf. annexe 3):
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui
<u>Si oui,</u> préciser le  (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable
Traitement(s) anti-infectieux □ Non W Oui → p.36
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial):  Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4  Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):
Durée prévue du traitement (en jours):
Contexte de prescription (curest, Prophyt.):
Diagnostic associé au traitement :  Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):
Infection(s) associée(s) aux soins 🔲 Non 👺 Oui
Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :
(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3
Micro-organisme(s):
Sensibilité MO (ATB - SIR) :
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner







Date de l'enquête : 22/05/2024   Dirésident :	Identification du résider	nt							
Année de naissance : 1935   Sex :	Date de l'enquête : 22/0	5/2024	ID résident :			SC	OULIÉ O	dile	
Code de l'unité de vie : 1	Caractéristiques du rés	ident (à comp	léter pour tous le	s résidents)					
Hospitalisation   20   Non   Oui   Inconnu (erre le 3 mole)   Présence d'escarre   20   Non   Oui   Inconnu (erre le 3 mole)   Présence d'escarre   20   Non   Oui   Inconnu   Mobilité   Ambulant   20   En fauteuil roula   Inconnu   Mobilité   Juliant   Julian	Année de naissance : 19	35_	Sexe :	🕒 Féminin	☐ Masculin	1			
Présence d'escarre : 12 Non   Qui   Si qui, pré et leur classification ATC.  Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux  Non   Qui   Inconnu   Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux  Non   Qui   Inconnu   Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux  Non   Qui   Inconnu   ABBCICET   JOEAAO    ABBCICET   JOEAAO   JOEAAO   JOEAAO   JOEAAO    AMBISOME   JOEAAO   JOEAAO   JOEAAO   JOEAAO   JOEAAO   JOEAAO    Nom de l'Al (DCL ATC, nom commercial):   JOEAAO	Code de l'unité de vie : 1		Accueil	en unité adapté	e: 🖫 Non	Oui-l	JSA 🗆 Ou	i-UGD [	Oui-UHR
Présence d'escarre : 42 Non   Oui   Si oui pré et leur classification ATC.  Désorientation : Non   Oui   Inconnu   Mobilité :   Ambulant   Ambu		n 🔲 Oui	☐ Inconnu	Annexe	3. Liste o	des anti			Inconnu
Désorientation:    Non   Oui   Inconnu   Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux   Liste alphabétique des DCI et noms commercial   Liste alphabétique des DCI et nome   DosAdci   ABELCET   ADIACINE   ADIACIN	Présence d'escarre : 🛣 No	n 🔲 Oui	<u>Si oui</u> , pré					_	
Mobilité:   Ambulant	Désorientation : 🖄 No	n 🗖 Oui	☐ Inconnu				commercia	их	
Incontinence	Mobilité : 🔲 Am	ıbulant 🏖	En fauteuil roula						
Dispositif(s) invasif(s)   Non   Oui	Incontinence : 🖈 No	n 🔲 Qui	☐ Inconnu			Jidi .		- 1	
ADIAZINE				ABELCET			J02AA01		
Sonde urinaire :	Dispositif(s) invasif(s)	₩ Non C	⊒ Oui		IQUE				
Cathéter(s) vasculaire(s): Non Oui AMBISOME JO2AA01  AMKACINE JO1GB06  AMIKLIN JO1GB06  AMIKLINE JO1GA04  Traitement(s) anti-infectieux n°1  Anti-infectieux n°2  Anti-infectieux n°2  Anti-infectieux n°3  Anti-inf	Sonda urinaira :	O Nee O	0						
AMIKACINE Si oui préciser le (les) type(s) de cathéter(s):   veineux périphérique   Middine   Sous-cut     Veineux périphérique   Middine   Sous-cut     AMONICILLINE   JOICADA     AMO			Oui						
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s):   AMIKLIN   JOIGBO6   AMODEX   JOICADA   MODEX   MODEX   MODEX   JOICADA   MODEX   MODEX   MODEX   JOICADA   MODEX	Cathéter(s) vasculaire(s) :	☐ Non ☐	Oui						
Veineux périphérique   Midine   Sous-cut   AMOREX   JOICA04   MOXICILLINE	Si oui, préciser le (les	s) type(s) de ca	théter(s):						
Traitement(s) anti-infectieux								ntable	
Traitement(s) anti-infectieux				<b>7</b>	IE		1		
Nom de l'Al (pot, ATC, nom commercial):  Voie d'administration ev, ni, sc, o, e:  O	Traitement(s) anti-infec	tieux 🔲 N	on 🔀 Oui -	•		ULANIQUE			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B):  Durée prévue du traitement (In Jours):  7	Nom de l'Al (DCI, ATC, nom comm	_					ux n°3	Anti-infect	ieux n°4
Contexte de prescription (Curat, ProphyU)  Diagnostic associé au traitement :  Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, oul = 72n, oul = 72n)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :  Infection (s) associée (s) aux soins  Non  Oui  p. 41  Infection associée aux soins n°1  Infection associée aux soins n°2  Infection associée aux soins n°3  Site(s) infectieux :  Site(s) infectieux :  Site(s) infectieux :  Site(DO, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Non  Non  Non  Non  Non  Non  Non  No	Voie d'administration (IV, III, S	=			,P.	.01			
Diagnostic associé au traitement :  Réévaluation de l'antibiothérapie :  (Non, oul < 72h, oul > 72h)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :  Infection(s) associée(s) aux soins  Non  P. Oui  P.41  Site(s) infectieux :  Si CLOD, acquisition de l'infection associée aux soins n°1  Infection associée aux soins n°3  Site(s) infectieux :  Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Non  Non  Non  Non  Non  Non  Non  No	Durée prévue du traitement (	en jours) :	7		0.38				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)  Lieu de prescription (EMS, ES, Aute) :  Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui  p. 41  Site(s) infectieux : Si CLOD, acquisition de  Infection associée aux soins n°1  Infection associée aux soins n°2  Infection associée aux soins n°3  Site(s) infectieux : Si CLOD, acquisition de  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Non  Non  Non  Non  Non  Non  Non  No	Contexte de prescription (cur	rdf, ProphyL)							
Lieu de prescription (BMS, ES, Autre):  Infection(s) associée(s) aux soins □ Non ☑ Oui □ p.41  Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3  Site(s) infectieux :  Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : □ Certaine □ Possible □ Certain	-								
Infection(s) associée(s) aux soins		apie :		]	[		[		
Site(s) infectieux :  Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible  Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :  (CVP, Midline, csc, cvc, Picc, cc)  MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3  Micro-organisme(s) :	Lieu de prescription (EMS, ES,	lutre):		]			[		
Site(s) infectieux :  Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible  Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)  MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3  Micro-organisme(s) :	Infection(s) associée(s)	aux soins	☐ Non 🕞	Oui	p.41				
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible  Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (cvP, Midline, csc, cvc, Picc, cc)  MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3  Micro-organisme(s) :		Infection asso	ciée aux soins nº	1 Infection a	ssociée aux s	oins n°2	Infection as	sociée aux s	soins n°3
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible  Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (cvP, Midline, csc, cvc, Picc, cc)  MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3  Micro-organisme(s) :	Site(s) infectieux :								
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)  MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3  Micro-organisme(s) :	Si CLOD, acquisition de	□ Certaine	☐ Possible	☐ Certa	ine 🗖 Possi	ible	☐ Certain	e 🔲 Poss	ible
(CVF, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3  Micro-organisme(s):	Si ICAT, type de cathéter à								
Micro-organisme(s):									
	1	MO1	MO2 MO	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) -	Micro-organisme(s):								
	Sensibilité MO (ATB - SIR) :								
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner									
	Sensibilité MO (ATB - SIR) :	MO1	MO2 MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3







Identification du rés	ident											
Date de l'enquête : 2	2/05/	202	24	ID r	ésident :			Donné par l'application	S	OULIÉ (		
Caractéristiques du	réside	ent (ä	comp	oléter p	our tous le	s réside	ents)					
Année de naissance :	193	5_			Sexe :	Code	Diagno	ostics associé	s aux traiteme	nts anti-infect	tieux	
	4	_			۱	URI	Infectio	n urinaire bass	se (cystites, etc.	.)		
Code de l'unité de vie :	1				Accueil	PYE			e (pyélonéphrit			
Hospitalisation :	Non		Oui		connu	BAC			e microbiologiqu	•		ositives)
(dans les 3 mois)	Non		Oui		Iconnu	BRO PNE	Pneum		acerbation de l	pronchite chron	nique	
			0		0::	FNL				(		
Présence d'escarre : &		_	Oui	_	<u>Si oui</u> , pré	DIG	antibiot	tiques) ou intra	abdominale (p	éritonite, infect	ion hépatobilia	
Désorientation : 🖄	Non		Oui	□ Ir	connu	FEB	docume	enté ou autre fo		station de l'infe	ection chez un i	microbiologiquement immunodéprimé (par
Mobilité :	Ambu	lant	*	En fau	rteuil roula	GEN		n génitale (info ement transmis		ogique, prostat	tites, orchite, é	pididymite, infection
Incontinence:	Non		Oui		nconnu	ОРН	Infectio	n oculaire (end	dophtalmie)			
Dispositif(s) invasif(	a) [ī	No		Oui		ORL			e la bouche, du	nez, de la gor	rge ou du laryn	x (ORL)
		•				OST	infectio ostéite)		aire (arthrite sep	otique y compri	s prothèse artic	culaire, ostéomyélite,
Sonde urinaire :	_	Non	_	Oui		РТМ			et des tissus ous profonds sa			plaies et d'escarre,
Cathéter(s) vasculaire(s	): 🗖	Non		Oui		SNC	Infectio	n du système i	nerveux central			
<u>Si oui</u> , préciser l	e (les) ty	ype(s	) de c	athéter	(s):	SYS	Infectio	n systémique				
Veineux périp	nérique		Midlin	e 🗆	Sous-cut	INC	Diagno	stic inconnu				p.39
Traitement(s) anti-ir	nfectie	ux		Non	🛚 Oui -		p.36					
				nti info	tieux n°1	100	ti-infectie	urv n02	Anti-infecti	nuv n93	Anti-infec	figure no.4
			_			7 <del>/</del>				eux II-2	Anu-iniec	ueux n°4
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom	commercia	0:	J	01C	404 ou	amo	xicilli	ne → p	.51			
Voie d'administration (v.	, IM, SC, O	,0:		0			<b>→</b> p	.38				
Durée prévue du traitem	ent (en jo	ours):		7		]=	<u>→</u> p	0.38				
Contexte de prescription	1 (Curetif, F	Prophyl.	):[	Cura	atif			0.38				
Diagnostic associé au tr	aitemen	ıt:		UR	İ	ĪĒ		0.39				j
Réévaluation de l'antibio	othérapi	e:		NC	NC NC	ĪĒ	<b>→</b> p	0.40				
Lieu de prescription (EM	, ES, Autre	):	Γ	E۱	/IS	ĪĒ		0.40				j
Infection(s) associé	e(s) au	JX SO	ins		on 👺	Oui –	<b>—</b>	p.41				
				ociée a	ux soins n°	1 Inf		ssociée aux	soins n°2	Infection a	ssociée aux	soins n°3
Site(s) infectieux :												
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établisser	nent : □	) Ce	rtaine	□ P	ossible		) Certai	ine 🔲 Pos	sible	☐ Certai	ine 🔲 Pos	sible
Si ICAT, type de cathéter						$\neg \vdash$						
l'origine de l'infection :												
(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC,	CCI)	wor		Mos			MO4	uo2		No.	Mos	
		MO1		MO2	¬[ MO:	$\neg \vdash$	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s):			<u> </u>			<u> </u>		$\sqsubseteq$	$\sqsubseteq$			
Sensibilité MO (ATB - S												
Au verso, la liste des MO dont résistances sont à renseigner	JES											







Identification du résident		
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résiden	t:	Donné par l'application SOULIÉ Odile
Caractéristiques du résident (à compléter pour tou	ıs les résidents)	
Année de naissance : 1935 Sex	e : 🗷 Féminin	☐ Masculin
Code de l'unité de vie : 1 Acc	ueil en unité ada	ptée : 🔛 Non 🔲 Oui-USA 🔲 Oui-UGD 🔲 Oui-UHR
Hospitalisation : 😼 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu (dans les 3 mois)		rvention chirurgicale : 🖳 Non 🔲 Oui 🔲 Inconnu a lea 30 joura)
Présence d'escarre : 妃 Non 🚨 Oui Si oui,	préciser le grade	e: <b>0</b> 1
Désorientation : 🖄 Non 🚨 Oui 🚨 Inconnu		
Mobilité : 🔲 Ambulant 🔀 En fauteuil ro	oulant 🔲 Alit	é 🔲 Inconnu
Incontinence: 🕩 Non 🚨 Oui 🚨 Inconnu	ı	
Dispositif(s) invasif(s) ■ Non □ Oui	Localisation	Code Libellé
Sonde urinaire : Non Oui	Infections urinaires	URI1 Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)
	micoachic armanes	URI2 Infection urination probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait non retrouvé ou négatif)
Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui	Infections gastro- intestinales	GAST Gastro-enté ite
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :	Intestinates	CLOD Infection Clostridioides difficile  PNE1 Pneumonie confirmée (par examen radiologique)
Veineux périphérique Midline Sou		PNE1 Pneum nie confirmée (par examen radiologique) PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)
Traitement(s) anti-infectieux  Non 20 0		Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite,
	Infections	bronchite, exacerbation bronchite chronique)
Anti-infectieux	respiratoires	GRI1 Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique) GRI2 Grippe probable (syndrome grippal)
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial): J01CA04		COVA Covid-19 asymptomatique
Voie d'administration (IV, III, SC, O, I):		OVL Covid-19 symptômes légers à modérés
3		COVS Covid-19 symptômes sévères
Durée prévue du traitement (en jours):	Infections ORL	ANGI Angine à streptocoque du groupe A
Contexte de prescription (Curati, Prophyt.): Curatif		ORAL Infection buccale / candidose buccale
		IPTM Infection de la peau et des tissus mous / cellulite HERP Herpès simplex ou zona
Diagnostic associé au traitement : URI		FONG Infection fongique
Réévaluation de l'antibiothérapie : NON	Infections cut mées	IESC Infection d'escarre / plaie chronique
(Not, Out 121, Out 121)		GAL1 Gale confirmée (par dermatologue et/ou diagnostic parasitologique)
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre): EMS		GAL2 Gale probable
14 6 42 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	Bactériémie	ICAT Infection liée à un cathéter  BACT Bactérièmie confirmée microbiologiquement
Infection(s) associée(s) aux soins   No	Fièvre inexpliquée	
Infection associée dux soir		P.43
Site(s) infectieux : URI1 —	→ p.43.	p.56 et <b>57</b>
Si CLOD, acquisition de		
l'infection dans l'établissement : 🗖 Certaine 🚨 Possible	☐ Ce	rtaine Possible Certaine Possible
+ /		<b>+</b>
CONFIRMATION DE L'INFECTION		
Signes/symptômes ET ECBU positif :		INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)
☐ Signes/symptômes <u>ET</u> ECBU non réalisé, né	gatif ou résultat	s inconnus : INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)
résistances sont à renseigner		







Identification du résident
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : Donné par l'application SOULIÉ Odile
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)
Année de naissance : 1935 Sexe : ♣ Féminin ☐ Masculin
Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : → Non □ Oui-USA □ Oui-UGD □ Oui-UHR
Hospitalisation : 🔛 Non 🗔 Oui 🗖 Inconnu Intervention chirurgicale : 💽 Non 🗔 Oui 🗖 Inconnu (dans les 3 mois)
Présence d'escarre : ☑ Non ☐ Oui Si oui, préciser le grade : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Désorientation : 🖄 Non 🗔 Oui 🗔 Inconnu
Mobilité : 🔲 Ambulant 🔀 En fauteuil roulant 🗀 Alité 🗀 Inconnu
Incontinence: 🕒 Non 🗔 Oui 🚨 Inconnu
Dispositif(s) invasif(s) 🚇 Non 🔲 Oui
Sonde urinaire :
Cathéter(s) vasculaire(s) :   Non   Oui
Si oui, préciser le  (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable
Traitement(s) anti-infectieux □ Non 🐿 Oui → p.36
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial):  Anti-infectieux n°1  Anti-infectieux n°2  Anti-infectieux n°3  Anti-infectieux n°4  D101CA04 ou amoxicilline -> p.51
p.51
Voie d'administration (IV, III, SC, O, I):
P.31
Voie d'administration (IV, IN, SC, O, I):
Voie d'administration (IV, III, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  7  p.38
Voie d'administration (IV, III, SC, O, I):  O p.38  Durée prévue du traitement (en Jours):  7 p.38  Contexte de prescription (Curest, Prophyt.):  Curatif p.38
Voie d'administration (IV, III, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  7 p.38  Contexte de prescription (Cureat, Prophyl.):  Curatif p.38  Diagnostic associé au traitement:  URI p.39  Réévaluation de l'antibiothérapie:
Voie d'administration (IV, III, SC, O, I):  O p.38  Durée prévue du traitement (en Jours):  7 p.38  Contexte de prescription (Curest, ProphyL):  Curatif p.38  Diagnostic associé au traitement:  URI p.39  Réévaluation de l'antibiothérapie:  (Non, Oul < 72n, Oul > 72n)
Voie d'administration (w, m, sc, o, t):  Durée prévue du traitement (en jours):  7
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, D):  O
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, 0):  O
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  O
Voie d'administration (IV, M., Sc, O, 0):  Durée prévue du traitement (en jours):  7
Voie d'administration (IV, IN, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  7

### Enquête nationale de prévalence 2024







		restionnaire résident		publique France	Rerics	ecoc	
	Identification (	du résident					
	Date de l'enquête	e : 22/05/2024 ID rés	ident :	Donné par l'application	SOULIÉ Od	ile	
	Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)						
	Année de naissa	nce : 1935	Sexe : 🕃 Fémin	nin 🗖 Masculin			
	Code de l'unité d	le vie : 1	Accueil en unité a	daptée : 身 Non 📗	Oui-USA Oui-l	JGD 🚨 Oui-UHR	
	Hospitalisation : (dans les 3 mois)	Non 🗖 Oui 🗖 Inco		itervention chirurgicale lans les 30 jours)	: 🖳 Non 💷 O	ui 🗖 Inconnu	
	Présence d'esca	rre: ₩2 Non □ Oui <u>Si</u>	oui, préciser le gra	ode: 🗆 1 🔲 2	3 4		
	Désorientation :	🖄 Non 🔲 Oui 🔲 Inco	onnu				
	Mobilité :	☐ Ambulant 🔡 En faute	uil roulant 🔲 A	Nité 🗖 Inconnu			
	Incontinence:	Non 🛭 Oui 🚨 Inco	onnu				
Micro-	organisme	Antibiotique testé	Résistance				
Staphy	lococcus	Oxacilline (OXA) 1	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue	
aureus		Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue	
Enterococcus faecium Enterococcus faecalis		Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant 8	INC - Inconnue	
Entérobactéries <sup>7</sup>		Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue	
		Production de ß- lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>	Non BLSE	BL	SE	INC – Inconnue	
	$\uparrow$	Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant 8	INC - Inconnue	
		Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non	0	ui	INC – Inconnue	
Acineto	tobacter spp.	Ceftazidime (CAZ)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue	
	omonas spp.	Carbapénèmes (CAR)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	inc p. 46	

p.43, p.56 et 57 Site(s) infectieux : URI1 Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible □ Certaine □ Possible Céphalosporines de <u>Si I CAT</u>, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CV), Midhe, CSC, CVC, PICC, CCI) troisième génération S - Sensible (C3G)3 MO2 MO1 MO2 Production de ß-ESCCOL (Escherichia coli) Migro-organisme(s): Non BLSE lactamase à spectre = p.6 étendu (BLSE)4 Sensibilité MO (ATB - SIR) Au verso, la liste des MO dont les Carbapénèmes (CAR)5 S - Sensible résistances sont à renseigner Production de Non carbapénémase (EPC) 6







Identification du résident
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : Donné par l'application SOULIÉ Odile
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)
Année de naissance : 1935 Sexe : □ Féminin □ Masculin
Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : → Non □ Oui-USA □ Oui-UGD □ Oui-UH
Hospitalisation : 🔑 Non 🗅 Oui 🗅 Inconnu Intervention chirurgicale : 👺 Non 🗅 Oui 🗅 Inconnu (dans les 3 mois)
Présence d'escarre : 2 Non □ Oui Si oui, préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4
Désorientation : 🖄 Non 🚨 Oui 🚨 Inconnu
Mobilité : 🔲 Ambulant 🏖 En fauteuil roulant 🚨 Alité 🚨 Inconnu
Incontinence: 🕩 Non 🚨 Oui 🚨 Inconnu
Dispositif(s) invasif(s) ♀ Non □ Oui
Sonde urinaire : ☐ Non ☐ Oui
Cathéter(s) vasculaire(s) : □ Non □ Oui
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable
Traitement(s) anti-infectieux □ Non 🐿 Oui → p.36
Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial):  J01CA04 ou amoxicilline → p.51
Voie d'administration (eV, m., sc, o, t):
Durée prévue du traitement (en jours): 7
Contexte de prescription (Curett, Prophyl.): Curatif
Diagnostic associé au traitement : URI p.39
Réévaluation de l'antibiothérapie : NON p.40
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre): EMS p.40
Infection(s) associée(s) aux soins ☐ Non ☐ Oui → p.41
Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux : URI1> p.43, p.56 et 57
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :
(CVF, Midline, CSC, CVC, FICC, CCI) MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3
Micro-organisme(s): ESCCOL (Escherichia coli) p.66
Sensibilité MO (ATB - SIR): S
Au verso, la liste des MO dont les Non BLSE p.46 et 67
.5
Non Non



#### Date enquête: 22/05/2024 après-midi

Mme Anne DUCROS, 90 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD du Laurier-Thym depuis 2022. Elle est incontinente et dépendante pour la toilette. Elle n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Elle est orientée et se déplace en fauteuil.

- Le 17 mai, lors de la réalisation de la toilette, l'aide soignante constate lors de l'ablation du change que les urines sont malodorantes. Après avis pris de l'IDE, une bandelette urinaire (BU) est réalisée. La BU revient positive aux leucocytes ++. L'IDE prévient le médecin traitant qui prescrit un Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU)
- Le 22 mai, lors du passage de l'enquêteur, les résultats de l'ECBU n'ont pas encore été transmis au médecin traitant.
- Le lendemain de l'enquête, l'enquêteur est appelé par l'IDE car elle vient de recevoir les résultats de l'ECBU qui montrent la présence d'un *Escherichia coli* à un taux de 10<sup>3</sup> UFC/ml présentant une résistance aux *Bêtalactamines* (BLSE) associée à un taux de leucocytes à 10<sup>4</sup> /ml.
- La résidente ne présente aucun signe clinique en faveur d'un épisode infectieux ni de signes de désorientation ou de plaintes inhabituelles depuis le 17 mai.



### **QUESTIONS À SE POSER**

#### LA RÉSIDENTE A-T-ELLE ÉTÉ INFORMÉE DE CETTE ENQUÊTE ?

Oui, l'EHPAD a informé les résidents et leur famille de la réalisation de l'enquête en précisant que sauf avis contraire de leur part, le résident serait inclus dans l'enquête. Le résident n'a pas exercé son droit d'opposition à la transmission de ses données

#### LA RÉSIDENTE EST-ELLE ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

 OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX?

NON : je coche la case NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je passe à la partie « Infection associée aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques le jour de l'enquête <u>MALGRE une BU et un</u> ECBU positifs
- Je vérifie les critères retenus pour l'infection urinaire
- NON : je coche NON en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et la fiche est complète et validée ☺

CONFIRMATION DE L'



#### **INFECTIONS URINAIRES**

	☐ Résident <u>sans</u> cathéter urinaire
	<b>\</b>
	<u>SIGNES/SYMPTÔMES</u>
	AU MOINS <u>UN</u> DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :
	<ul> <li>1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate</li> </ul>
	2. Fièvre* OU leucocytose**  ET au moins <u>un</u> des signes de localisation urinaires suivants:  Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne Hématurie macroscopique Aggravation/apparition d'une incontinence Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
	3. Absence de fièvre* et de leucocytose**  ET au moins deux des signes de localisation urinaires suivants:  Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne Hématurie macroscopique Aggravation/apparition d'une incontinence Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
	<del></del>
	EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)
	□ Non réalisé, négatif ou résultats inconnus  □ ECBU <u>réalisé ET</u> : □ Au moins 10³ UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de microorganismes dans un échantillon d'urine mictionnelle □ OU □ Au moins 10² UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage
	1 1
IATION DE L'INFI	ECTION
	s <u>ET</u> ECBU positif : INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)
ignes/symptômes	s ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)

p. 57







Identification du résident
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : Donné par l'application N DUCROS Anne :
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)
Année de naissance : 1934 Sexe : ☑ Féminin ☐ Masculin
Code de l'unité de vie : 1 Accueil en unité adaptée : ★ Non □ Oui-USA □ Oui-UGD □ Oui-UHR
Hospitalisation : 🛣 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu Intervention chirurgicale : 🛣 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu (dans les 3 mois)
Présence d'escarre : d Non □ Oui <u>Si oui</u> , préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4
Désorientation : 🚇 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu
Mobilité : 🔲 Ambulant 🍱 En fauteuil roulant 🔲 Alité 🔲 Inconnu
Incontinence:   Non   Oui   Inconnu
Dispositif(s) invasif(s) 💆 Non 🚨 Oui
Sonde urinaire :
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui
<u>Si oui</u> , préciser le  (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique Midline Sous-cutané Veineux central PICC Chambre implantable
Traitement(s) anti-infectieux 🔛 Non 🚨 Oui
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial):  Voie d'administration (IV, INI, SC, O, I):  Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4  United Anti-infectieux n°5 Anti-infectieux n°5 Anti-infectieux n°4  United Anti-infectieux n°5 Anti-infectieux n°5 Anti-infectieux n°5 Anti-infectieux n°6 Anti-
Durée prévue du traitement (en jours) :
Contexte de prescription (Curett, Prophyl.):
Diagnostic associé au traitement :
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):
Infection(s) associée(s) aux soins 🔛 Non 🔲 Oui
Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible
Si ICAT, type de cathéter à   Torigine de l'infection :   (CVP, Midine, CSC, CVC, PICC, CCI)
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3
Micro-organisme(s):
Sensibilité MO (ATB - SIR):  Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner  la fiche est complète et validée ③



#### Date enquête: 22/05/2024 matin

19/05/2024.

M. Claude JEAN, âgé de 84 ans, vit à l'EHPAD des Roses depuis 1 mois après une hospitalisation de 15 jours en SSR. Il est dénutri et présente des difficultés de déglutition depuis son admission à l'UHR. Il est dépendant pour la prise des repas, souvent désorienté et déambulant. Il est incontinent et porte un étui pénien.

- Le 12 mai, il a présenté une hyperthermie (Température : 38,5 °C) associée à l'apparition d'une toux et des expectorations purulentes. Devant la présence d'une désaturation (SaO2 à 80%), M. Jean a été adressé au service des urgences du Centre hospitalier du territoire de santé.
- Du 12 mai au 20 mai, il est hospitalisé en court séjour gériatrie.
- Le 20 mai, il revient en EHPAD avec un traitement par Ceftriaxone 1g par jour en IM pour une durée restante de 48h00.
- Lors du passage de l'enquêteur, le résident est à J5 du traitement par antibiotique (la dernière prise étant prévue le soir même)
- Il présente une évolution favorable (T° ≤ 37,8 °C, FC≤ 100/min, SaO2 ≥ 90%).
- L'enquêteur demande au médecin coordonnateur de récupérer auprès du Centre Hospitalier les résultats des examens de laboratoire et le compte-rendu d'hospitalisation. Ces éléments confirment la présence d'une pneumonie. L'ECBC réalisé aux urgences a permis d'identifier un *Escherichia coli* sensible ≥ 10<sup>7</sup> UFC/ml associé à des polynucléaires neutrophiles (> 25/champ). Dans le compte-rendu est indiqué une réévaluation clinique de l'efficacité de l'ATB le



### **QUESTIONS À SE POSER**

#### LE RÉSIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

 OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » en « Caractéristiques du résident »

#### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- L'étui pénien n'est pas un dispositif invasif
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

#### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX?

- Ceftriaxone depuis 5j (dernière injection le jour de l'enquête)
- Classe d'anti-infectieux ciblée par l'enquête
- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je renseigne la partie dédiée

#### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS?

- Absence de signes cliniques le jour de l'ENP MAIS traitement général de l'infection toujours en cours
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » » et je renseigne la partie dédiée



#### **P**NEUMONIE

SIGNES/SYMPTÔMES
LES <u>DEUX</u> CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS:  1. Au moins <u>un</u> des signes ou symptômes respiratoires suivants:  Apparition/aggravation récente d'une toux Apparition/aggravation récente d'expectorations purulentes Saturation en 0₂ < 94 % ou réduite de > 3 % par rapport à l'inclusion Examen pulmonaire anormal (nouveau ou modifié) Douleur thoracique pleurétique Fréquence respiratoire ≥ 25 respirations/min
□ 2. Au moins <u>un</u> des signes/symptômes constitutionnels :     □ Fièvre *     □ Leucocytose **
☐ Altération brutale de l'état mental § ☐ Perte brutale d'autonomie §§
2 Ferte brutate a datationine 33
Absence d'autres pathologies, telles qu'une insuffisance cardiaque chronique, pouvant expliquer les symptômes
+
Résident <u>avec</u> une radiographie thoracique POSITIVE pour une pneumonie ou un nouvel infiltrat  OU
☐ Diagnostic de l'infection fait par le clinicien
•
CONFIRMATION DE L'INFECTION
☐ Critères des signes/symptômes remplis ET radiographie thoracique positive :  PNEUMONIE CONFIRMÉE (PNE1)
<ul> <li>Critères des signes/symptômes remplis ET diagnostic fait par le clinicien :</li> </ul>
PNEUMONIE PROBABLE (PNE2)
DUELINA ODATIUE D'INVIALATION
PNEUMOPATHIE D'INHALATION
Les troubles de la déglutition conduisant à des pneumopathies d'inhalation sont codées comme
pneumopatnies o innalation sont codees comme pneumonies probables (PNE2).

p. 59



#### **PNEUMONIE**

SIGNES/SYMPTÔMES			
LES	DEUX CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :		
<b>X</b> :	1. Au moins <u>un</u> des signes ou symptômes respiratoires		
9	suivants :		
	Apparition/aggravation récente d'une toux		
	Apparition/aggravation récente d'expectorations		
	purulentes		
	Saturation en 0 <sub>2</sub> < 94 % ou réduite de > 3 % par rapport à l'inclusion		
	☐ Examen pulmonaire anormal (nouveau ou modifié)		
	☐ Douleur thoracique pleurétique		
	☐ Fréquence respiratoire ≥ 25 respirations/min		
ET			
X	2. Au moins un des signes/symptômes constitutionnels :		
	Y Fièvre •		
	☐ Leucocytose **		
	☐ Altération brutale de l'état mental §		
	Perte brutale d'autonomie §§		
	- Ferte brutule a autonomic 99		

Absence d'autres pathologies, telles qu'une insuffisance cardiaque chronique, pouvant expliquer les symptômes

☐ Résident <u>avec</u> une radiographie thoracique POSITIVE pour une pneumonie ou un nouvel infiltrat

Oυ

Diagnostic de l'infection fait par le clinicien

#### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères des signes/symptômes remplis ET radiographie thoracique positive : PNEUMONIE CONFIRMÉE (PNE1)
- Critères des signes/symptômes remplis ET diagnostic fait par le clinicien :

PNEUMONIE PROBABLE (PNE2)

#### PNEUMOPATHIE D'INHALATION

Les troubles de la déglutition conduisant à des pneumopathies d'inhalation sont codées comme pneumonies probables (PNE2).







Identification du résident			
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : Donné par l'application JEAN Claude			
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)			
Année de naissance :   Sexe :   Féminin   Masculin			
Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD 🖄 Oui-UHR			
Hospitalisation : Non 🛣 Oui 🗖 Inconnu Intervention chirurgicale : 😱 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu (dans les 3 mois)			
Présence d'escarre : № Non □ Oui Si oui, préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4			
Désorientation : ☐ Non 🔛 Oui ☐ Inconnu			
Mobilité : 🚇 Ambulant 🗅 En fauteuil roulant 🗅 Alité 🔘 Inconnu			
Incontinence : Non 🚇 Oui 🗔 Inconnu			
Dispositif(s) invasif(s) Non  Oui  Code Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux			
Sonde urinaire :			
PYE Infection urinaire haute (pyélonéphrites aigues, abcès rénaux)  Cathéter(s) vasculaire(s):  Non  Oui  BAC Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)			
2.5 2.5 2.5 2.5 2.5 2.5 2.5 2.5 2.5 2.5	—		
or out, preciser re (res) type(s) de connecer(s).	—		
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané PNC Prieumonie  Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée :	aux		
Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui  Non  Oui			
Anti-infectieux n°1  Anti-infe			
Nom de l'Al (DCL ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTR)  GEN Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épididymite, infection génitale (infection génitale)	ion		
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I): OPH Infection oculaire (endophtalmie)			
Durée prévue du traitement (en jours):  5 jours  ORL Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)  infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyé	ite,		
Contexte de prescription (Curett, Prophyt.): Curatif ostete)  Infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'esca	rre,		
Diagnostic associé au traitement : PNE infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)  SNC Infection du système nerveux central	—		
Réévaluation de l'antibiothérapie : OUI p.40 SYS Infection systémique p. 3	9		
(Non, out < 72h, out > 72h) INC Diagnostic inconnu	_		
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):			
Infection(s) associée(s) aux soins 🚨 Non 😘 Oui			
Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3			
Site(s) infectieux :			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible			
Si ICAT, type de cathéter à			
l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3			
Micro-organisme(s):			
Sensibilité MO (ATB - SIR) :			
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner			







Identification du résident			
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident : Donné par l'application JEAN Claude			
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)			
Année de naissance : Sexe : Féminin 🌣 Masculin			
Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : Non Qui-USA Qui-UGD 🖄 Qui-UHR			
Hospitalisation : Non 🔀 Oui 🗖 Inconnu Intervention chirurgicale : 😱 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu (dans les 3 mois)			
Présence d'escarre : № Non □ Oui <u>Si oui</u> , préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4			
Désorientation : ☐ Non 🔛 Oui ☐ Inconnu			
Mobilité : 📮 Ambulant 🗆 En fauteuil roulant 🗅 Alité 🗀 Inconnu			
Incontinence:    Non    Oui    Inconnu			
Dispositif(s) invasif(s) • Non • Oui			
Sonde urinaire :			
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non Oui			
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :			
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC ☐ Chambre implantable			
Traitement(s) anti-infectieux Don 2 Oui			
Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4			
Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4  Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Nom de l'Al (DCL, ATC, nom commercial J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (eV, MA, SC, O, 6):			
Nom de l'Al (pct, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):    Durée prévue du traitement (en Jours):   5 jours   URI1 Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)			
Nom de l'Al (pct, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):    IM			
Nom de l'Al (pct, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):    Durée prévue du traîtement (en Jours):   5 jours			
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IN, SC, O, I):  IM  Localisation Code Libellé  URI1 Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)  Infections urinaires  URI2 Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique  (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)  Infections gastro-intestinales  PNE  PNE  PNE  PNE  PNE  PNE  Pneumonie confirmée (par examen radiologique)			
Nom de l'Al (pct, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IVI, SC, O, I):    IM			
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IN, SC, O, I): IM  Durée prévue du traitement (en Jours): 5 jours  Contexte de prescription (Curett, Prophyt.): Curatif  Diagnostic associé au traitement : PNE  Diagnostic associé au traitement : PNE  Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72n, Oul > 72n)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) : FS  Localisation Code Libellé  URI2 Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)  Infections urinaires  URI2 Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)  Infections gastro-entérite  CLOD Infection à Clostridioides difficile  PNE1 Pneumonie confirmée (par examen radiologique)  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  RESP Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)			
Nom de l'Al (pct, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IN, SC, O, I):    Durée prévue du traitement (en Jours):   5 jours			
Nom de l'Al (pct, ATC, nom commercial J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  5 jours  URI2 Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)  Infections urinaires  URI2 Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique  (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)  URI2 (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)  Infections gastro- intestinales  GAST Gastro-entérite  CLOD Infection à Clostridioides difficile  PNE1 Pneumonie confirmée (par examen radiologique)  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  RESP Infections respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)  GRI1 Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)  Infections gastro- intestinales  Infections gastro- intestinales  GRI2 Grippe probable (syndrome grippal)			
Nom de l'Al (DCL, ATC, nom commercial JO1 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (W, M, SC, O, D: IM  Durée prévue du traitement (en Jours): 5 jours  Contexte de prescription (Cureat, ProphyL): Curatif  Diagnostic associé au traitement: PNE  Diagnostic associé au traitement: PNE  Réévaluation de l'antibiothérapie: OUI p.40  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre): ES  Infections  Infections urinaires  URI2 Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)  Infections gastro-entérite  CLOD Infection à Clostridioides difficile  PNE1 Pneumonie confirmée (par examen radiologique)  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  RESP Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)  GRI2 Grippe probable (syndrome grippal)  COVA Covid-19 asymptomatique			
Nom de l'Al (DCL, ATC, nom commercial J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (w, ml, sc, o, 0: IM  Durée prévue du traitement (en jours): 5 jours  Contexte de prescription (Cursif, Prophyl.): Curatif  Diagnostic associé au traitement : PNE  Diagnostic associé au traitement : PNE  Infections gastro-intestinales  Infection system of the prescription (EMS, ES, Autre): ES  Infections yastro-intestinales  Infections gastro-intestinales  Infections gastro-entérite  CLOD Infection à Clostridioides difficile  PNE1  Pneumonie confirmée (par examen radiologique)  PNE2  Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  RESP  Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)  Infections gastro-intestinales  Infection sparro  PNE2  Pneumonie probable (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)  GRI2  Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)  GRI2  Grippe probable (syndrome grippal)  COVA  Covid-19 symptômes légers à modérés  COVS  Covid-19 symptômes sévères			
Nom de l'Al (pot, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (v., M., sc., o, 0: IM  Durée prévue du traitement (en Jours): 5 jours  Contexte de prescription (curest, Prophyt.): Curatif  Diagnostic associé au traitement: PNE  Diagnostic associé au traitement: PNE  Civatif  Civati			
Nom de l'Al (DCL, ATC, nom commercial JO1DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (W, M, SC, O, B): IM  Durée prévue du traitement (en jours): 5 jours  Contexte de prescription (Curant, Prophyl.): Curatif  Diagnostic associé au traitement : PNE  Diagnostic associé au traitement : PNE  Infections urinaires  GAST Gastro-entérite Infections d'Asstration de l'antibiothérapie : OUI p.40  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) : ES  Infections (S) associée(s) aux soins Infection associée aux soins n°1  Infections (S) infectieux : PNE 2 : PN probable  Site(s) infectieux : PNE 2 : PN probable  Site(s) infection de l'antibion d			
Nom de l'Al (pct, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (nv, pl., sc, o, b): IIM  Durée prévue du traitement (en jours): 5 jours  Contexte de prescription (cursat, Prophyl.): Curatif  Diagnostic associé au traitement : PNE  Diagnostic associé au traitement : PNE  Infections gastrointestinales  Infections gastrointestinales  Infections (s) associée(s) aux soins  Non  Oui  Infections gastrointestinales  Infections (s) associée(s) aux soins  Non  Oui  Infections gastrointestinales  Infection			
Nom de l'Al (pct, ATC, nom commercial JO1 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration ev, eu, ec, o, e: IM  Durée prévue du traîtement (en jours): 5 jours  Contexte de prescription (cuest, Prophyt): Curatif  Diagnostic associé au traîtement : PNE  Diagnostic associé au traîtement : PNE  Diagnostic associé au traîtement : PNE  Infections gastro-intestinales  CLOD Infection à Clostridioides difficile  PNE1 Pneumonie confirmée (par examen radiologique)  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  Infections gastro-intestinales  Infections (par examen radiologique)  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  Infections gastro-intestinales  Infections (par examen radiologique)  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  RESP Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)  GRI2 Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)  GRI2 Grippe probable (syndrome grippal)  COVA Covid-19 symptômes légers à modérés  COVS Covid-19 symptômes sévères  Infections ORL  Infection dans l'établissement : Certaine Possible  BICAT, type de cathéter à Infection de la peau et des tissus mous / cellulite  HERP Herpès simplex ou zona  FONG Infection fongique			
Nom de l'Al (pc, ATC, nom commercial JO1 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration ev, M, sc, o, o: IM  Durée prévue du traitement (en jours): 5 jours  Infections urinaire probable sans confirmée microbiologique ment (ECBU positif) Infection urinaire probable sans confirmée microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif) Infections gastro-intestinales  Infections gastro-intestinales  CLOD Infection à Clostridicides difficile  PNE  Infection (probable (par diagnostic clinique)  Non, oul < 72h, oul > 72h) Lieu de prescription (EMS, ES, Autre): ES  Infections yastro-intestinales  Infections yastro-intestinales  CLOD Infection à Clostridicides difficile  PNE1 Pneumonie confirmée (par examen radiologique)  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  RESP pronchite, exacerbation bronchite chronique)  Infections yastro-intestinales  Infections yastro-intestinales  Infections yastro-intestinales  CLOD Infection à Clostridicides difficile  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  RESP pronchite, exacerbation bronchite chronique)  GRI1 Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)  GRI2 Grippe probable (syndrome grippal)  COVI Covid-19 symptomes légers à modérés  COVI Covid-19 symptomes lé			
Nom de l'Al (DOL, ATC, nom commercial JO1 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Il			
Nom de l'Al (DC, ATC, nom commercial JO1 DD04 ou CEFTRAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IN, ISC, O, 0): IM  Durée prévue du traitement (en jours): 5 jours   Infections urinaires   URI1   Infection urinaire confirmée microbiologique (ECBU positr)   Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatir)   URI2   Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatir)   URI2   Infection dans l'establisation de l'antibiothérapie : OUI p.40   PNE   Pneumonie confirmée (par examen radiologique)   PNE   Pneumonie confirmée (par examen radiologique)   PNE   Pneumonie confirmée (par examen radiologique)   PNE   Pneumonie confirmée (par diagnostic clinique)   PNE   Pneumonie confirmée (par diagnostic clinique)   PNE   Pneumonie probable (par diagnostic clinique)   PNE   Pneumonie probable (par diagnostic clinique)   PNE			
Nom de l'Al (DOL, ATC, nom commercial JO1 DD04 ou CEFTRIAXONE p.51  Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Il			
Nom de l'Al (DCL, ATC, nom commercial J01 DD04 ou CEFTRAXONE p.51  Voie d'administration pv, m, sc, o, e: IM  Durée prévue du traitement (en jours): 5 jours  Contexte de prescription (curent, Prophyl.): Curatif  Diagnostic associé au traitement: PNE  Diagnostic associé au traitement: PNE  Infections gastro-intestinales  Infections gastro-intestinales  Infection (EMB) positif (ECBU positif)  Infection associé au traitement: PNE  Infections gastro-intestinales  Infection à Clostridioides difficile  PNE1 Pneumonie confirmée (par examen radiologique)  PNE2 Pneumonie probable (par diagnostic clinique)  Infections gastro-intestinales  Infections gastro-intestinales  Infections gastro-intestinales  Infections (EMB) positif (anticion)  Infection associée (s) aux soins Non Qui  Infections gastro-intestinales  Infection probable (par diagnostic clinique)  Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, exacerbation bronchite (exacerbation bronchite (exacerbation bronchite (anticion))  Infections (EMB) probable (syndrome grippal)  COVI Covid-19 symptômes légers à modérés  COVI Covid-19 symptômes sévères  Infection dans l'établissement : Certaine Possible  Infections ORL  Infections ORL  Infection dans l'établissement : Certaine Possible  Infections ORL  Infections ORL  Infections ORL  Infections ORL  Infection dans l'établissement : Infection de l'anticion de l			







Identification du résident		
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident :	Donné par Tapplication JEAN Claude	t:
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)		
Année de naissance : 1940 Sexe : □ Féminin 🏖	Masculin	
Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée :	□ Non □ Oui-USA □ Oui-UGD	∆ Oui-UHR
Hospitalisation : ☐ Non 웹 Oui ☐ Inconnu Intervention (dans les 30 pi		Inconnu
Présence d'escarre : 🔑 Non 🚨 Oui Si oui, préciser le grade : 🚨	1 2 3 4	
Désorientation : 🔲 Non 🔛 Oui 🔲 Inconnu		
Mobilité: 🚇 Ambulant 🗅 En fauteuil roulant 🗅 Alité 🕻	Inconnu	
Incontinence: 🔲 Non 🚇 Oui 🔲 Inconnu		
Dispositif(s) invasif(s) 🚇 Non 🚨 Oui		
Sonde urinaire :		
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui		
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s):		
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux c	entral 🔲 PICC 🔲 Chambre implantabl	e
Traitement(s) anti-infectieux 🔲 Non 🖄 Oui		
Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux	n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infec	tieux n°4
Nom de l'Al (DCL, ATC, nom commercial J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.	51	
Voie d'administration (ev, m., sc, o, t):		
Durée prévue du traitement (en jours): 5 jours		
Contexte de prescription (Curett, Prophyt.): Curatif		
Diagnostic associé au traitement : PNE		
Réévaluation de l'antibiothérapie : OUI p.40		
(Non, Oul < 72h, Oul > 72h)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):		
Infection(s) associée(s) aux soins O Non O Oui		
Site(s) infectieux : PNF2 - PI	Céphalosporines de	
Site(s) infectieux : PNE2 : PI	troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible
l'infection dans l'établissement : Certaine la F	(036)*	
<u>Si ICAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection :	Production de ß-	
(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) MO1 MO1 Entérobactéries 7	lactamase à spectre	Non BLSE
Micro-organisme(s): ESCCOL (E	étendu (BLSE) <sup>4</sup>	
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	Carbapénèmes (CAR) 5	S - Sensible
Au verso, la liste des MO dont les réalistances sont à renseigner	Production de	
	carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non







Identification du résident		
Date de l'enquête : 22/05/2024 ID résident :	Donné par Tapplication JEAN Claude	t:
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)		
Année de naissance : 1940 Sexe : □ Féminin 🏖	Masculin	
Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée :	□ Non □ Oui-USA □ Oui-UGD	∆ Oui-UHR
Hospitalisation : ☐ Non 🏖 Oui ☐ Inconnu Interventioi (dans les 3 mois) (dans les 30 j		Inconnu
Présence d'escarre : 🚇 Non 🚨 Oui Si oui, préciser le grade : 🚨	11 2 3 4	
Désorientation : 🔲 Non 🖼 Oui 🔲 Inconnu		
Mobilité : 📮 Ambulant 🗅 En fauteuil roulant 🗅 Alité 🕻	☐ Inconnu	
Incontinence: 🔲 Non 🚇 Oui 🛄 Inconnu		
Dispositif(s) invasif(s) • Non • Oui		
Sonde urinaire :		
Cathéter(s) vasculaire(s):  Non Oui		
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s):		
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux o	entral 🔲 PICC 🔲 Chambre implantabl	le
Traitement(s) anti-infectieux 🔲 Non 🖄 Oui		
Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux	n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infec	tieux n°4
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.	51	
Voie d'administration (ev, m., sc, o, t):		
Durée prévue du traitement (en jours): 5 jours		
Contexte de prescription (Curest, Prophyl.): Curatif		
Diagnostic associé au traitement : PNE		
Réévaluation de l'antibiothérapie : OUI p.40		
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) : ES		
Infection(s) associée(s) aux soins 🔲 Non 👑 Oui		
Infection associée	Céphalosporines de	
Site(s) infectieux : PNE2 : PI	troisième génération	S - Sensible
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine le le	(C3G) <sup>3</sup>	O - OCHSIDIC
Si ICAT, type de cathéter à	Production de ß-	
l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)  Entérobactéries 7	lactamase à spectre	Non BLSE
(cvP, Maine, csc, cvc, Picc, cci) Mo1 Entérobactéries 7	étendu (BLSE) <sup>4</sup>	
Micro-organisme(s): ESCCOL (E	Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible
Sensibilité MO (ATB - SIR) : S	Carbapenemes (CAR)	3 - Serisible
Au verso, la liste des MO dont les Non BLSE résistances sont à renseigner	Production de	Nan
S No.	carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non
Non		



Date enquête: 30/05/2024 matin

Madame Aline PONS est résidente de l'EHPAD du Pilat depuis 2 ans et âgée de 85 ans. Elle est suivie par l'Oncopole pour un cancer colorectal.

Elle est autonome pour ses déplacements, ne présente pas d'escarre et elle est orientée et continente. Elle a bénéficié, il y a 5 ans de la pose d'une chambre à cathéter implanté.

- Le 27 mai, Elle a été hospitalisée en ambulatoire pour bilan dans le cadre du suivi de son cancer.
- 24 h après son retour d'hospitalisation (28/05), elle a présenté un état grippal avec céphalées, maux de gorge et myalgies. Un test de diagnostic rapide (TROD) a été réalisé et confirme la présence d'un SARS-CoV-2.
- Le jour de l'enquête, l'enquêteur demande à l'IDE de mesurer la saturation en O2 (SaO2 = 95 %).
- Par ailleurs, lors de son hospitalisation, en ambulatoire, l'oncologue a prescrit de l'aciclovir en pommade en raison d'un herpès labial évoluant depuis quelques jours (durée de traitement 7 jours).



### **QUESTIONS À SE POSER**

### LA RÉSIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

 OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF?

Cathéter à chambre implantable

OUI : je coche juste la case OUI en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et je précise le type

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX?

Les traitements antiinfectieux locaux ne sont pas ciblés dans l'ENP

NON : je coche la case NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je passe à la partie « Infection associée aux soins »

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS?

2 IAS à documenter :

- COVID-19: Début des signes cliniques 24 h après son hospitalisation en ambulatoire, durée d'incubation moyen pour la COVID-19 (5 jours). Donc exposition en EHPAD et non en ambulatoire. Je vérifie les critères retenus pour les infections COVID-19
- Herpès labial
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée



#### COVID-19

Le résident dispose d'une analyse biologique confirmant la COVID-19 (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à partir d'un écouvillon oropharyngé ou nasal ou de tout autre échantillon clinique approprié), ou conformément aux définitions nationales des infections en vigueur au moment du suivi	
₩	
Asymptomatique: aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)	
Légère/modérée :	
☐ Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 ¹	
<u>ET</u>	
<ul> <li>Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une</li> </ul>	
saturation en oxygène ≥ 92 %)	
Sévère :	
☐ Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 ¹	
ET	
ET  Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un	
essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation	
en oxygène < 92 %)	
en oxygene < 32 /0j	1

#### CONFIRMATION DE L'INFECTION

Critères d'infection entièrement remplis :

**COVID-19 ASYMPTOMATIQUE** 

(COVA)

- Critères d'infection entièrement remplis : COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL) ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- ☐ Critères d'infection entièrement remplis :

  COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES (COVS)

  ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

p. 60

#### INFECTION PAR L'HERPÈS SIMPLEX OU ZONA

## LES <u>DEUX</u> CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS: 1. Éruption cutanée vésiculaire 2. Diagnostic du médecin ou confirmation biologique

#### CONFIRMATION DE L'INFECTION

☐ Critères d'infection entièrement remplis : INFECTION CONFIRMÉE (HERP)

#### Enquête nationale de prévalence 2024 publique Questionnaire résident Identification du résident Donné par 30/05/2024 PONS Aline Date de l'enquête : ID résident : Facolication | Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents) 1939 Sexe : Téminin Année de naissance : Masculin Accueil en unité adaptée : 🔕 Non Code de l'unité de vie : □ Oui-USA □ Oui-UGD □ Oui-UHR Intervention chirurgicale: Oui Hospitalisation: Non Oui Oui Inconnu Non ☐ Inconnu (dans les 3 mois) (dans les 30 jours) Présence d'escarre : Non Oui Si oui, préciser le grade : 1 2 3 Désorientation : Non Oui Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu Incontinence: Non Non Oui Oui Inconnu Dispositif(s) invasif(s) Non Oui Sonde urinaire : Non Non Oui Asymptomatique: aucun signe ou symptôme d'une Cathéter(s) vasculaire(s): Non infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés) Légère/modérée : Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) : Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 1 ☐ Veineux périphérique ☐ Midline ■ Sous-cutané ■ Veineux central ET Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène ≥ 92 % Traitement(s) anti-infectieux 🔼 Non Oui □ Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 ¹ Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un Nom de l'Al (DC), ATC, nom commercial): essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène < 92 %) Voie d'administration (v. m. sc. o. p.: Durée prévue du traitement (en jours) : CONFIRMATION DE L'INFECTION Critères d'infection entièrement remplis : Contexte de prescription (curat, Prophyt.): COVID-19 ASYMPTOMATIQUE (COVA) Critères d'infection entièrement remplis : Diagnostic associé au traitement : COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL) Réévaluation de l'antibiothérapie : ET rapporter séparément le site de l'infection (Non, Oul < 72h, Oul > 72h) conformément aux définitions de cas spécifique au site Lieu de prescription (EMS, ES, Autre): Critères d'infection entièrement remplis : COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES (COVS) ET rapporter séparément le site de l'infection Infection(s) associée(s) aux soins 🛣 Oui conformément aux définitions de cas spécifique au site Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3 **HERP** Site(s) infectieux : COVL Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible ☐ Certaine ☐ Possible ☐ Certaine ☐ Possible Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) MO1 MO2 MO3 MO1 MO<sub>2</sub> MO3 MO1 MO2 MO3 Micro-organisme(s): Sensibilité MO (ATB - SIR) Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

#### Santé Enquête nationale de prévalence 2024 publique Questionnaire résident France Identification du résident Donné par 30/05/2024 PONS Aline Date de l'enquête : ID résident : Facolication | Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents) 1939 Sexe : Téminin Année de naissance : Masculin Accueil en unité adaptée : 🔕 Non Code de l'unité de vie : □ Oui-USA □ Oui-UGD □ Oui-UHR Intervention chirurgicale: Oui Hospitalisation: Non Oui Oui Inconnu Non ☐ Inconnu (dans les 3 mois) (dans les 30 jours) Présence d'escarre : Non Oui Si oui, préciser le grade : 1 2 3 4 Désorientation : Non Oui Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Alité Inconnu Incontinence: Non. Oui Oui ☐ Inconnu Dispositif(s) invasif(s) Non Oui Sonde urinaire : Non Non Oui Oui Cathéter(s) vasculaire(s): Non 🗷 Oui Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s): ☐ Veineux périphérique ☐ Midline ■ Sous-cutané ■ Veineux central □ PICC Chambre implantable Traitement(s) anti-infectieux 🔼 Non Oui Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4 Nom de l'Al (DC), ATC, nom commercial): Voie d'administration (v. m. sc. o. p.: Durée prévue du traitement (en jours) : Contexte de prescription (curat, Prophyl.): Diagnostic associé au traitement : Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h) Lieu de prescription (EMS, ES, Autre): Infection(s) associée(s) aux soins Non 🛣 Oui Infection associée aux soins n°1 Infection associée: INFECTION PAR L'HERPÈS SIMPLEX OU ZONA Site(s) infectieux : COVL LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE Si CLOD, acquisition de REMPLIS: l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine l 1. Éruption cutanée vésiculaire Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) 2. Diagnostic du médecin ou confirmation biologique MO1 MO2 MO3 MO1 MO Micro-organisme(s): CONFIRMATION DE L'INFECTION Sensibilité MO (ATB - SIR) Critères d'infection entièrement remplis : Au verso, la liste des MO dont les INFECTION CONFIRMÉE (HERP)

résistances sont à renseigner







Identification du résident
Date de l'enquête : 30/05/2024 ID résident : Donné par l'application PONS Aline
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)
Année de naissance : Sexe : Téminin
Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : 🐿 Non 🔲 Oui-USA 🛄 Oui-UGD 🛄 Oui-UHR
Hospitalisation : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Intervention chirurgicale : 🗷 Non ☐ Oui ☐ Inconnu (dans les 3 mois)
Présence d'escarre : 🗖 Non 🔲 Oui <u>Si oui,</u> préciser le grade : 🔲 1 🔲 2 🔲 3 🔲 4
Désorientation : 🍱 Non 🚨 Oui 🚨 Inconnu
Mobilité : 🕒 Ambulant 🗆 En fauteuil roulant 🗅 Alité 🗀 Inconnu
Incontinence: 🍱 Non 🗔 Oui 🔲 Inconnu
Dispositif(s) invasif(s)    Non    Oui
Sonde urinaire : 🖄 Non 🚨 Oui
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s):
☐ Veineux périphérique ☐ Midline ☐ Sous-cutané ☐ Veineux central ☐ PICC 🕏 Chambre implantable
Traitement(s) anti-infectieux 💆 Non 🔲 Oui
Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial):
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):
Durée prévue du traitement (en jours) :
Contexte de prescription (Curett, Prophyt.):
Diagnostic associé au traitement :
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):
Infection(s) associée(s) aux soins 🔲 Non 🛍 Oui
Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux : COVL HERP
Si CLOD, acquisition de  l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible
Inflection dans retablissement: a Certaine a Possible a Certaine a Possible
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :
Si ICAT, type de cathéter à
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midine, CSC, CVC, PICC, CCI)
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)  MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3

#### Santé Enquête nationale de prévalence 2024 publique Questionnaire résident France Identification du résident Donné par 30/05/2024 Date de l'enquête : ID résident : PONS Aline Facolication | Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents) 1939 Sexe : Téminin Année de naissance : Masculin Accueil en unité adaptée : 🔕 Non Code de l'unité de vie : □ Oui-USA □ Oui-UGD □ Oui-UHR Oui Oui Hospitalisation: Non Inconnu Intervention chirurgicale: Non Oui ☐ Inconnu (dans les 3 mois) (dans les 30 jours) Présence d'escarre : Non Oui Si oui, préciser le grade : 1 2 3 4 Désorientation : Oui Non Mobilité : Alité Ambulant En fauteuil roulant Inconnu Incontinence: Non Non Oui ☐ Inconnu Dispositif(s) invasif(s) Non Oui Sonde urinaire : Non Non Oui Code Micro-organisme Cathéter(s) vasculaire(s): Non 🗷 Oui VIRCOV SARS-CoV-2 VIRENT Enterovirus (polio, coxsackie, echo) Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) : ☐ Veineux périphérique ☐ Midline VIRHAV Hépatite virale A VIRHBV Hépatite virale B Traitement(s) anti-infectieux Non VIRHCV Hépatite virale C VIRHSV Virus Herpes simplex Anti-infectieux n° VIRINE Grippe (virus influenzae) Nom de l'Al (DC), ATC, nom commercial): VIRNSP Virus non spécifié Voie d'administration (v. m. sc. o. p.: VIRROT Rotavirus VIRVIH VIH (virus de l'immunodéficience humaine) Durée prévue du traitement (en jours) : VIRVRS VRS (virus respiratoire syncytial) Contexte de prescription (curat, Prophyl.): VIRVZV Virus de la Varicelle et du Zona YERSPP Yersinia spp. S Diagnostic associé au traitement : Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h) Lieu de prescription (EMS, ES, Autre): Infection(s) associée(s) zux soins Non Oui Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3 Site(s) infectieux : **HERP** $\mathsf{COVL}$ Si CLOD, acquisition of l'infection dans l'établissement : Certaine Possible ☐ Certaine ☐ Possible ☐ Certaine ☐ Possible Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 VIRCOV **VIRHSV** Micro-organisme(s): Sensibilité MO (ATB - SIR) Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner



Date enquête: 28/06/2024 matin

Monsieur Fernand SIROT, 98 ans, est hébergé à temps plein à l'EHPAD d'Orgeat en UP depuis 1 mois. Il a été hospitalisé le mois précédent son hospitalisation pour AVC ischémique. A l'heure actuelle, il garde des séquelles de cet AVC sur le plan moteur et cognitif. Il souffre d'une insuffisance rénale légère et d'une leucémie lymphoïde chronique évoluant depuis 3 ans. Il est très asthénique, désorienté et incontinent. Il reste alité le plus souvent. Il est porteur d'une sonde urinaire et présente une escarre de grade 2 au niveau inter-fessier. Il n'a pas de de cathéter vasculaire.

- Le 27 mai : jour de l'admission de Monsieur Sirot en provenance du service de gériatrie du CH de recours. Monsieur Sirot ne présente pas de signes cliniques particuliers. Dans son dossier, un prélèvement superficiel de son escarre indique la présence d'un Staphylococcus aureus résistant à la méticilline sans traitement associé ni mention d'infection.
- Le 22 juin : Monsieur Sirot présente des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë sans signes de gravité et le test antigénique Covid revient positif. Le médecin traitant lui prescrit du Paxlovid® pendant 5 jours.
- Le 24 juin : il est hospitalisé au CH de proximité en raison d'une dégradation sur le plan respiratoire.
- Le 28/06 : jour de l'enquête, Monsieur Sirot est toujours hospitalisé.



# **QUESTIONS À SE POSER**

## LE RÉSIDENT EST-IL INFORMÉ?

> OUI

## LE RÉSIDENT EST-IL ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- Hébergement permanent
- Mais absent à 8h le matin de l'EHPAD et ce, depuis plus de 48h
- NON: je ne renseigne pas le questionnaire.
- Ce résident est exclu de l'enquête.



Date enquête: 28/06/2024 matin

Monsieur Alain GIRARD, 95 ans, est hébergé à temps plein à l'EHPAD des Lilas. Il est autonome et continent. Il est traité pour une insuffisance cardiaque et une hypertension artérielle associées à une insuffisance rénale légère. Il n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Il a besoin d'un appui à la marche.

- L'EHPAD connait depuis trois semaines une épidémie de Covid et un dépistage de tous les résidents a été réalisé quelques jours avant l'enquête avec des tests antigéniques. Monsieur Girard n'a pas présenté de symptômes de Covid mais son test s'est révélé positif le 23 juin.
- Le 28/06 (jour de l'enquête), Monsieur Girard est présent dans l'EHPAD à
   8 heures va bien et n'a pas de traitement anti-infectieux prescrit.



# **QUESTIONS À SE POSER**

### LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » e « Caractéristiques du résident »

#### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

#### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX?

- Pas de prescription d'anti-infectieux ciblés par l'enquête
- NON : je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

#### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS?

- Absence de signes cliniques et test Covid positif 5 jours auparavant
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée.



#### COVID-19

Le résident dispose d'une analyse biologique confirmant la
COVID-19 (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à
partir d'un écouvillon oropharyngé ou nasal ou de tout autre
échantillon clinique approprié), ou conformément aux
définitions nationales des infections en vigueur au moment du
suivi

	Asymptomatique: aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)
$\overline{}$	Lágàra/madáráa

#### Légère/modérée :

- Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19<sup>1</sup>
- ET
  - Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène ≥ 92 %

#### ☐ Sévère :

- ☐ Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 ¹
- ET
- Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène < 92 %)

#### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :
  - COVID-19 ASYMPTOMATIQUE

(COVA)

- ☐ Critères d'infection entièrement remplis :

  COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL)
  - ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- Critères d'infection entièrement remplis :

#### COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES

(COVS)

ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site







#### Identification du résident Donné par GIRARD Alain Date de l'enquête : 28/06/2024 ID résident : Papplication Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents) 1928 Année de naissance : Sexe: Féminin Masculin Masculin Violette Accueil en unité adaptée : 🎛 Non Code de l'unité de vie : ☐ Oui-USA ☐ Oui-UGD Oui-UHR d Oui Intervention chirurgicale: Hospitalisation: Non Mon 🛣 Oui Inconnu Inconnu (dans les 3 mois) (dans les 30 jours) Présence d'escarre : A Non Oui Si oui, préciser le grade : 🔲 1 2 3 Désorientation : Non Non Oui Inconnu Mobilité : Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité Inconnu Incontinence: Non 🔲 Oui Inconnu Dispositif(s) invasif(s) Non Non Oui Sonde urinaire : Non Oui Cathéter(s) vasculaire(s): Non Oui Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s): ☐ Veineux périphérique ☐ Midline Sous-cutané Veineux central □ PICC □ Chambre implantable Traitement(s) anti-infectieux ■ Non Oui Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4 Anti-infectieux n°1 Nom de l'Al (DC), ATC, nom commercial): Voie d'administration (v, m, sc, o, t): Durée prévue du traitement (en jours) : Contexte de prescription (curat, Prophyt.): Diagnostic associé au traitement : Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h) Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) : Infection(s) associée(s) aux soins Non Oui Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3 Site(s) infectieux : Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible ☐ Certaine ☐ Possible Certaine Possible Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) MO1 MO2 MO1 MO2 MO1 MO2 MO3 MO3 MO3 **VIRCOV** Micro-organisme(s): Sensibilité MO (ATB - SIR) Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner



Date enquête: 18/06/2024 matin

Monsieur Alphonse DURAND, 97 ans, est hébergé à l'EHPAD de la Joie en UHR (Lavandes) depuis 1 an. Il est désorienté et incontinent. Il se déplace en fauteuil roulant. Depuis son admission, il présente des ulcères variqueux dans un contexte HTA et insuffisance veineuse sévère.

- Lors de la dernière consultation médicale, le médecin remplaçant a prescrit un prélèvement cutané des ulcères par écouvillonnage. L'examen clinique retrouve un écoulement séreux, rougeur, chaleur et léger gonflement.
- Le 15 juin, le résultat du prélèvement est revenu positif à Staphylococcus aureus méticilline sensible.
- L'IDE a contacté le prescripteur qui est passé le 17 juin (la veille de l'enquête) et a prescrit un traitement oral par amoxicilline /ac. clavulanique pour 10 jours. Le résident est bien sous traitement le jour de l'enquête.
- Le bilan biologique réalisé la veille de l'enquête est sans anomalie (Taux de GB : 11 000/mm³ et CRP à 30 mg/l).



## **QUESTIONS À SE POSER**

### LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

 OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

#### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF?

NON : je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

#### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX?

Traitement par amoxicilline /ac. clavulanique depuis le 17/06 et pour 10 jours

OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et renseigne la partie dédiée

#### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS?

OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et renseigne la partie dédiée



# INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

<u>SIGNES/SYMPTÔMES</u>		
AU MOINS <u>UN</u> DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :		
<ul> <li>1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)</li> </ul>		
<ul><li>2. Au moins <u>quatre</u> signes/symptômes nouveaux ou</li></ul>		
croissants au niveau du site touché :		
☐ Chaleur		
☐ Sensibilité ou douleur		
☐ Rougeur		
☐ Écoulement séreux		
☐ Gonflement		
☐ Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre *,		
leucocytose **, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)		
CONFIRMATION DE L'INFECTION		
☐ Critères d'infection entièrement remplis :  INFECTION CONFIRMÉE (IESC)		

p. 62



## INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

## <u>SIGNES/SYMPTÔMES</u>

#### AU MOINS <u>UN</u> DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :

- 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- 2. Au moins <u>quatre</u> signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - Chaleur
  - ☐ Sensibilité ou douleur
  - Rougeur
  - **É**coulement séreux

  - ☐ Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre \*, leucocytose \*\*, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)

#### CONFIRMATION DE L'INFECTION

Critères d'infection entièrement remplis : INFECTION CONFIRMÉE (IESC)

p. 62







Identification du résident						
Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : Donné par l'application DURAND Alphonse						
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)						
Année de naissance : Sexe : Féminin 🏕 Masculin						
Code de l'unité de vie : Lavandes Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD 🖄 Oui-UHR						
Hospitalisation : Non 🖄 Oui 🗆 Inconnu Intervention chirurgicale : 🖎 Non 🗅 Oui 🗅 Inconnu (dans les 3 mois)						
Présence d'escarre : ₩ Non □ Oui Si oui, préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4						
Désorientation : 🔲 Non 😤 Oui 🛄 Inconnu						
Mobilité : 🔲 Ambulant 🖳 En fauteuil roulant 🗀 Alité 🗀 Inconnu						
Incontinence:    Non    Oui    Inconnu						
Dispositif(s) invasif(s) 🛣 Non 🗖 Oui						
Sonde urinaire :						
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui						
Si oui, préciser le  (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique   Midline   Sous-cutané   Veineux central   PICC   Chambre implantable						
Traitement(s) anti-infectieux 🔲 Non 🖄 Oui						
Nom de l'Al (DCL ATC, nom commercial):  Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4  Nom de l'Al (DCL ATC, nom commercial):  J01CR02 p. 51						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  10 J						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en jours):  10 J  Contexte de prescription (Curest, Prophyt.):						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  10 J						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  10 J  Contexte de prescription (Curett, Prophyt.):  Diagnostic associé au traitement :  Réévaluation de l'antibiothérapie :						
Voie d'administration (ev, ev, sc, o, e):  Durée prévue du traitement (en jours):  10 J  Contexte de prescription (curett, Prophyt.):  Diagnostic associé au traitement :  Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)						
Voie d'administration (ev, ev, sc, o, o):  Durée prévue du traitement (en jours):  10 J  Contexte de prescription (curest, Prophyt.):  Diagnostic associé au traitement :  Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, oul < 72h, oul > 72h)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  10 J  Contexte de prescription (Curest, Prophyt.):  Diagnostic associé au traitement:  Réévaluation de l'antibiothérapie: (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):  Infection(s) associée(s) aux soins  Non Oui						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  10 J  Contexte de prescription (curest, Prophyt.):  Diagnostic associé au traitement:  Réévaluation de l'antibiothérapie: (Non, Oul < 72n, Oul > 72n)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):  Infection (s) associée (s) aux soins  Non Oui						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):  Durée prévue du traitement (en Jours):  10 J  Contexte de prescription (Curest, Prophyt):  Diagnostic associé au traitement:  Réévaluation de l'antibiothérapie:  (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):  Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui  Infection associée aux soins n°1  Infection associée aux soins n°2  Infection associée aux soins n°3  Site(s) infectieux:  Si CLOD, acquisition de						
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, D: O O O O O O O O O O O O O O O O O O						
Voie d'administration (v, m, sc, o, t):  Durée prévue du traitement (en jours):  10 J  Contexte de prescription (curest, Prophyt.):  Diagnostic associé au traitement:  Réévaluation de l'antibiothérapie:  (Non, Oul < 72n, Oul > 72n)  Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):  Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui  Infection associée aux soins n°1  Infection associée aux soins n°2  Infection associée aux soins n°3  Site(s) infectieux:  Site(DO, acquisition de l'infection de l'infection associée aux soins n°2  Infection associée aux soins n°3  Site(s) infectieux:  Site(DO, acquisition de l'infection de l'infection associée aux soins n°2  Infection associée aux soins n°3  Certaine Possible  Certaine Possible  Certaine Possible  Certaine Possible						
Voie d'administration (v., M., sc, o, n: O						







The state of the s					
Identification du résident					
Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : Donné par l'Application DURAND Alphonse					
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)					
Année de naissance : 1927 Sexe : □ Féminin 🏕 Masculin					
Code de l'unité de vie : Lavandes Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD 🖄 Oui-UHR					
Hospitalisation : Non 🖄 Oui 🗆 Inconnu Intervention chirurgicale : 🛣 Non 🗔 Oui 🗔 Inconnu (dans les 3 mois)					
Présence d'escarre : Non Dui Si oui, pre Code Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux  URI Infection urinaire basse (cystites, etc.)					
Désorientation : Non 🛣 Oui 🔲 Inconnu PYE Infection urinaire haute (pyélonéphrites aigues, abcès rénaux)					
BAC Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)  Mobilité :   Ambulant  Fin fauteuil rouls BRO Brocchite aiguié ou expectation de procchite chronique					
Mobilité : Ambulant & En fauteuil rouls BRO Bronchite aigué ou exacerbation de bronchite chronique  PNE Pneumonie					
Incontinence : Non Oui Inconnu Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux					
Dispositif(s) invasif(s) Non Oui FEB Invasif(s) Non Oui Grand autonomiale (periodice, mectodine) Periodice, mectodine) Periodice, mectodine particular ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée					
Cathéter(s) vasculaire(s): Non Oui GEN Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épididymite, infection					
Si oui préciser le (les) type(s) de cathéter(s)					
OPH Infection oculaire (endophtalmie)  Veineux périphérique  Midline  Sous-cu ORL Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)					
Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui Ost  infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)					
Anti-infectieux n°1  Anti-infectieux n°1  Anti-infectieux n°1  Infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)					
Nom de l'Al (DCL ATC, nom commercial):  J01CR02  SN  Infection du système nerveux central					
S S Infection systémique					
Voie d'administration (vv, m, sc, o, n : O Diagnostic inconnu					
Durée prévue du traitement (en jours): 10 J					
Contexte de prescription (Curest, Prophyt.): Curatif					
Diagnostic associé au traitement : PTM p. 39					
Réévaluation de l'antibiothérapie : NON car TTT depuis 24h. p.40					
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) : EMS					
Infection(s) associée(s) aux soins 🔲 Non 🔀 Oui					
Infection associée aux soins n°1 Infection associée aux soins n°2 Infection associée aux soins n°3					
Site(s) infectieux :					
Si CLOD, acquisition de  l'infection dans l'établissement :  Certaine Possible  Certaine Possible  Certaine Possible					
Si ICAT, type de cathéter à					
l'origine de l'infection : (cvP, Misline, csc, cvc, Picc, cci)					
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3					
Micro-organisme(s):					
Sensibilité MO (ATB - SIR) :  Au verse, la liste des MD dont les					
résistances sont à renseigner					







Identification du résident				
Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : Donné par l'application DURAND Alphonse				
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)				
Année de naissance : 1927 Sexe : □ Féminin 🏕 Masculin				
Code de l'unité de vie : Lavandes Accueil en unité adaptée : Non Oui-USA Oui-UGD 🖄 Oui-UHR				
Hospitalisation : Non 🖄 Oui 🔲 Inconnu Intervention chirurgicale : 🔡 Non 🛄 Oui 🛄 Inconnu (dans les 30 jours)				
Présence d'escarre : ₩ Non □ Oui <u>Si oui</u> , préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4				
Désorientation : 🔲 Non 🛣 Oui 🔲 Inconnu				
Mobilité : 🔲 Ambulant 🔛 En fauteuil roulant 🗀 Alité 🗀 Inconnu				
Incontinence: Non 💆 Oui 🔲 Inconnu				
Dispositif(s) invasif(s) 🐿 Non 🗖 Oui				
Sonde urinaire :				
Cathéter(s) vasculaire(s) :				
<u>Si oui,</u> préciser le  (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable				
Traitement(s) anti-infectieux   Non   Ou   INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE				
Nom de l'Al (DOL, ATC, nom commercial):  Anti-infectieux n  SIGNES/SYMPTÔMES  SIGNES/SYMPTÔMES				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I): O AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2):				
Durée prévue du traitement (en jours):  10 J  1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)				
Contexte de prescription (Curett, Prophyl.): Curatif 2. Au moins quatre signes/symptômes nouveaux ou				
Diagnostic associé au traitement : PTM p. croissants au niveau du site touché :   ☑ Chaleur				
Réévaluation de l'antibiothérapie : NON car Sensibilité ou douleur Rougeur				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre): EVIS 💢 Écoulement séreux				
Infection(s) associée(s) aux soins Non Non Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre *,				
leucocytose **, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)				
Site(s) infectieux :				
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible CONFIRMATION DE L'INFECTION				
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : Critères d'infection entièrement remplis :				
(CVF, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)  MO1 MO2 I  INFECTION CONFIRMÉE (IESC) p. 62				
Micro-organisme(s):				
Sensibilité MO (ATB - SIR) :				
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner				







Identification du résident						
Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : Donné par l'application DURAND Alphonse						
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)						
Année de naissance : 1927 Sexe : □ Féminin						
Code de l'unité de vie : Lavandes Accueil en unité adaptée : Non Qui-USA Qui-UGD 🖄 Oui-U	JHR					
Hospitalisation : Non 🖄 Oui 🗖 Inconnu Intervention chirurgicale : 💸 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu (dans les 30 jours)	ıu					
Présence d'escarre : ₩ Non □ Oui Si oui, préciser le grade : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4						
Désorientation : 🔲 Non 😫 Oui 🔲 Inconnu						
Mobilité : 🔲 Ambulant 😡 En fauteuil roulant 🗀 Alité 🗀 Inconnu						
Incontinence: 🔲 Non 💆 Oui 🔲 Inconnu						
Dispositif(s) invasif(s) 🎖 Non □ Oui						
Sonde urinaire :						
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui						
Si oui, préciser le  (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable						
Traitement(s) anti-infectieux 🔲 Non 🖄 Oui						
Nom de l'Al (DCI, ATC, nom commercial):  Anti-infectieux n°1  Anti-infectieux n°2  Anti-infectieux n°3  Anti-infectieux n°3  Anti-infectieux n°3  Anti-infectieux n°3  Anti-infectieux n°3  O	4					
Durée prévue du traitement (en jours): 10 J	╡					
Contexte de prescription (Curett, Prophyl.): Curatif	╡					
Diagnostic associé au traitement : PTM p. 39	Ħ					
Réévaluation de l'antibiothérapie : NON car TTT depuis 24h. p.40	$\exists$					
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) : EMS						
Infection(s) associée(s) aux soins 🔲 Non 💢 Oui						
Infection associée aux soins n°1   Infection associée aux soins n°2   Infection associée aux soins n	°3					
Site(s) infectieux : IESC						
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible						
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :	$\neg$					
(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO	)3					
Micro-organisme(s): STAAUR p. 69						
Sensibilité MO (ATB - SIR): S Ctanbula accesses Oxacilline (OXA) 1 S - Sensib						
Au verso, to fishe des MO dont les	le					



Date enquête: 18/06/2024 matin

Madame Louise RIEU, 84 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Sources depuis 1 mois. Elle a été adressée à l'EHPAD après une hospitalisation en SSR de 15 jours qui a fait suite à une fracture du col du fémur opéré le début mai. Elle est orientée et porte une sonde « double J ». Elle se déplace avec un déambulateur.

Il y a 10 jours, la résidente a été victime d'un arrêt cardio respiratoire et prise en charge en réanimation. Elle est revenue en EHPAD, le 17 juin (veille de l'ENP). A son admission en REA, un dépistage digestif a identifié la présence d'une Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente (BHRe) : *Klebsiella pneumoniae (*OXA 48). Le jour de l'enquête, la résidente ne présente pas de signes cliniques en faveur d'une infection. Elle présente une escarre de grade 2 au niveau inter-fessier.



# **QUESTIONS À SE POSER**

## LA RESIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

 OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF?

On entend par sonde urinaire, tout dispositif endo-urinaire : sonde vésicale, cathétérisme sus-pubien, sonde endo-urétrale ou tout autre matériel présent dans les voies urinaires.

OUI : je coche la case OUI en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et renseigne la partie dédiée.

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX?

NON : je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

#### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS?

NON : je coche NON en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et la fiche est complète et validée ©







Identification du résident				
Date de l'enquête : 18/06/2024 ID résident : Donné par l'application RIEU Louise				
Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)				
Année de naissance : 1940 Sexe : 🛣 Féminin 🚨 Masculin				
Code de l'unité de vie : Accueil en unité adaptée : 🖄 Non 🔲 Oui-USA 🛄 Oui-UGD 🛄 Oui-UHR				
Hospitalisation : Non 🛎 Oui 🗖 Inconnu Intervention chirurgicale : 🏕 Non 🗖 Oui 🗖 Inconnu (dans les 3 mois)				
Présence d'escarre : ☐ Non 🖄 Oui Si oui, préciser le grade : ☐ 1 📑 2 ☐ 3 ☐ 4				
Désorientation : 🔀 Non 🚨 Oui 🚨 Inconnu				
Mobilité : ☑ Ambulant ☐ En fauteuil roulant ☐ Alité ☐ Inconnu				
Incontinence: 🔀 Non 🗔 Oui 🗖 Inconnu				
Dispositif(s) invasif(s) Dispositif(s) Non 🖄 Oui				
Sonde urinaire : 🔲 Non 😾 Oui				
Cathéter(s) vasculaire(s) : 🛂 Non 🔲 Oui				
Si oui, préciser le  (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable				
Traitement(s) anti-infectieux 8 Non Oui				
Nom de l'Al (DCI, ATC, rom commercial):  Anti-infectieux n°1 Anti-infectieux n°2 Anti-infectieux n°3 Anti-infectieux n°4				
Voie d'administration (ev., ev., sc., o, t):				
Durée prévue du traitement (en jours):				
Contexte de prescription (Curett, ProphyL):				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oul < 72h, Oul > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):				
Infection(s) associée(s) aux soins 🎽 Non 🔲 Oui				
Infection associée aux soins n°1   Infection associée aux soins n°2   Infection associée aux soins n°3				
Site(s) infectieux :				
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible				
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)				
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 Micro-organisme(s):				
Sensibilité MO (ATB - SIR) :  Au verso, la liste des MO dont les				
Assistances sort & renseigner				
la fiche est complète et validée ©				