



ENP 2024

**Enquête nationale de prévalence
des IAS et des traitements AI
en médico-social**

Fiche résident

QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

5 sections :

- Identification du résident
- Caractéristiques du résident
- Dispositif(s) invasif(s)
- Traitement(s) anti-infectieux
- Infection(s) associée(s) aux soins

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident





Identification du résident

Date de l'enquête : ID résident : Donné par l'applicateur 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) (dans les 30 jours)

Présence d'escarre : Non Oui Si Oui préciser le grade : 1 2 3 4

Désorientation : Non Oui Inconnu

Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant Allié 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'AI (PCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : <small>(Non, Oui - dans les 72h, Oui - au-delà de 72h)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Si CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			
<u>Si CAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : <small>(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Identification du résident

Date de l'enquête : ID résident : Donné par l'application 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 - UOD Oui - UHR
Hospitalisation (des 3 mois) : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale : Non Oui Inconnu (des 30 jours)
Présence d'escarre : Non Oui Si oui préciser le grade : 1 2 3 4
Déorientation : Non Oui Inconnu
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant AB 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 Membre 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'AI (ou, ATC, non commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (ou, M, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (court, moyen) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : <small>(Oui - sans en CI, Oui - avec en CI, Non - sans en CI, Non - avec en CI)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (avis, en, aux) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Stévo) infectieux :
Si oui, acquisition de l'infection dans l'établissement
Si oui, type de cathéter à l'origine de l'infection (VAP, Membre, CDC, CIV, PICC, CVC)

Micro-organisme(s) :
Sensibilité MO (ATB - SIR) :
Au verso, si liste des MO dont la résistance sera analysée

SECTION « IDENTIFICATION DU RÉSIDENT »

- **Sur support papier** : permet de relier le questionnaire résident au dossier médical du résident
- **Sur support numérique** : permet d'anonymiser les données saisies dans PreVIAS

Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

Donné par l'application

NOM et Prénom du résident :

IDENTIFICATION DU RÉSIDENT



Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

*Donné par
l'application*

NOM et Prénom du résident :

➤ **Noter la date du jour de l'enquête pour le résident inclus**

↔ Noter la date **au format JJ/MM/AAAA**

↔ Date identique dans un même secteur ou unité de vie

➔ Saisie dans PreVIAS : mémorisation de la date du dernier questionnaire enregistré reportée dans les questionnaires suivants

Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

*Donné par
l'application*

NOM et Prénom du résident :

➤ **Inscrire le NOM et le prénom du résident au moment du recueil de données**

↳ Coupon présent **uniquement sur le questionnaire au format papier**

→ Saisie dans PreVIAS : ce champ n'est pas présent sur le questionnaire résident dans l'application PreVIAS pour anonymiser les données

Identification du résident

Date de l'enquête :

ID résident :

Donné par
l'application

NOM et Prénom du résident :

➤ Reporter l'**identifiant du questionnaire résident** généré automatiquement par l'application PreVIAS **sur le questionnaire résident au format papier**

↳ L'application PreVIAS génère à l'enregistrement / validation du questionnaire un identifiant unique « **EMS2024 - ID QE - ID QR** », dont seule la dernière partie est à reporter

Exemple : ID généré par l'application après la saisie d'un questionnaire :

EMS2024-2365-0012 → reporter sur le questionnaire papier « **12** »

↳ Le couple ID résident – Nom Prénom du résident sur chaque questionnaire résident sur support papier permet de faire la correspondance entre le questionnaire sur support numérique (saisi dans PreVIAS) et le dossier médical du résident dans l'établissement

➔ Saisie dans PreVIAS : l'identifiant du questionnaire résident ne peut pas être modifié dans l'application

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Identification du résident
Date de l'enquête : [] ID résident : [] Sexe par rapport : [] 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 (dans les 3 mois) : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) : Non Oui 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 : Non Oui
Cathéter(s) vasculaire(s) : Non Oui
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :
 Veineux périphérique Médine 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'AI (ou, ATC, non commercial)				
Voie d'administration (ou, M, SC, O, I)				
Durée prévue du traitement (en jours)				
Contexte de prescription (court, moyen)				
Diagnostic associé au traitement				
Réévaluation de l'antibiothérapie : Oui, Oui sans en CI, Oui - sans en CI, Non				
Lieu de prescription (avis, en, aux)				

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

Stevens infectieux : Non Oui
Si OUI, acquisition de l'infection dans l'établissement : Non Oui
Si OUI, type de cathéter à l'origine de l'infection : []
(PVP, Médine, CVC, CVC, PICC, CCU)

Micro-organisme(s) : []
Sensibilité MO (ATB - SIR) : []
Au verso, si lieu des MO doit être renseigné sans antibiotique

SECTION « CARACTÉRISTIQUES DU RÉSIDENT »

- A compléter pour tous les résidents éligibles
- Complété par les enquêteurs à partir du dossier du résident (médical, infirmier, prescriptions...)

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) (dans les 30 jours)

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

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
(dans les 3 mois)

Intervention chirurgicale : Non Oui Inconnu
(dans les 30 jours)

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

➤ Renseigner l'année de naissance du résident au moment de l'enquête

↪ Noter l'année de naissance **au format AAAA**

↪ L'année de naissance remplace la date de naissance dans Prev'Ehpad 2016

➔ Saisie dans PreVIAS : Saisir une année comprise entre 1904 et 1990

Si l'information n'est pas disponible, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et cocher « Inconnu » sur le questionnaire numérique

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) (dans les 30 jours)

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

➤ **Cocher la case correspondant au **sexe du résident****

↪ Cocher « **Féminin** » ou « **Masculin** »

↪ La réponse inconnue n'est pas admise

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case

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 (dans les 3 mois)

Intervention chirurgicale : Non Oui Inconnu (dans les 30 jours)

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

➤ **Noter le code ou le nom du secteur ou unité de vie prenant en charge le résident**

↪ **Champ facultatif** (à usage interne à l'établissement)

↪ Utilisé pour stratifier les résultats dans le rapport automatisé

➔ Saisie dans PreVIAS : limité à 30 caractères

Il est possible de laisser le champ vide

nouveau

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) (dans les 30 jours)

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

➤ **Indiquer si le résident est pris en charge dans une unité adaptée à la perte d'autonomie psychique et/ou physique**



nouveau

↪ Cocher l'une des 4 propositions :

Oui - USA : le résident est pris en charge dans une **unité de soins adaptés (USA)** ou une **unité protégée (UP)** ou un **CANTOU** ou apparenté

Oui - UGD : le résident est pris en charge dans une **unité grand dépendant (UGD)** ou une **unité grand fragile (UGF)** ou une **unité Cocooning** ou apparenté

Oui - UHR : le résident est pris en charge dans une **unité d'hébergement renforcée (UHR)**

Non : le résident n'est pas pris en charge dans l'une ou l'autre de ces unités adaptées

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case si l'établissement présente une unité adaptée, c'est-à-dire si la variable du QE « Présence d'unité adapté » est codée « Oui »
Le champ est pré-rempli par « Non » si la variable du QE « Présence d'unité adapté » est codée « Non » ou est grisée (*i.e.* l'établissement n'est pas un EHPAD)

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) (dans les 30 jours)

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

- **Indiquer si le résident a été hospitalisé dans un établissement de santé**
- ↪ **Au cours de 3 mois précédant le jour de l'enquête (>24h en court séjour méd ou chir)**
- ↪ **Cocher « Non » ou « Oui »**
- ➔ **Saisie dans PreVIAS** : cocher obligatoirement une case
- Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

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) (dans les 30 jours)

Présence d'escalier : Non Oui Si oui préciser le grade : 1 2 3 4

Sont exclus, les actes réalisés en interventionnel suivants :

Désorientati

Mobilité :

Incontinence

- II
- D
- I
- :
- C
- S
- Coc

- les interventions pour pose de voie d'abord vasculaire (voies veineuses centrales, sites implantables) ;
- les actes de radiologie interventionnelle ;
- les poses de pace-maker ;
- la mise en place d'une sonde d'entraînement ;
- les pansements de brûlures ;
- les injections intra-vitréennes ;
- les actes d'endoscopie digestive ;
- les actes d'endoscopie, y compris la montée ou le changement de sonde JJ ;
- les biopsies de prostate ;
- les biopsies cutanées ;
- l'incision d'abcès cutanés superficiels (panaris, abcès de la marge anale, ...) ;
- les poses de drains ;
- les trachéotomies, les exérèses de lésions de l'arbre bronchique par laser ;
- les interventions dentaires qui peuvent être réalisées ailleurs qu'au bloc opératoire.

CARACTÉRISTIQUES 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) (dans les 30 jours)

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



Documenter la présence d'escarre chez le résident le jour de l'enquête :

➤ **Indiquer si le résident**

☞ Cocher « Non » ou

Si le champ « Présence

➤ **Indiquer le grade**

➔ Saisie dans Previa
et cocher obligatoirement
d'escarre » est coché

Stade (ou grade)	Description
1	Peau intacte, érythème persistant, localisé, qui ne blanchit pas à la pression ; modification de la consistance et de la température de la peau
2	Désépidermisation (abrasion superficielle) ou phlyctène intacte ou non
3	Ulcération de toute l'épaisseur de la peau, avec atteinte des tissus sous cutanés pouvant s'étendre jusqu'au muscle sans le léser. Selon la localisation anatomique, la graisse sous cutanée peut être visible
4	Perte de la totalité des couches tissulaires avec exposition de muscle, de tendon et/ou d'os. La profondeur varie selon la localisation anatomique

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) (dans les 30 jours)

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

*Remplace le GIR
du résident dans
Prev'Ehpad 2016*

nouveau

➤ **Indiquer si le résident présente des périodes de confusion et/ou des troubles neurocognitifs au moment de l'enquête**

↵ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case
Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

Période de confusion dans le temps, l'espace ou l'identification des personnes et/ou des troubles neurocognitifs (maladie chronique, affection diagnostiquée par un spécialiste ou une échelle au moment de l'enquête)

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) (dans les 30 jours)

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

➤ Indiquer la mobilité du résident au moment de l'enquête

➡ Cocher l'une des 3 situations : « **Ambulant** », « **En fauteuil roulant** » ou « **alité** »

➡ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case
Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

nouveau

Remplace le GIR du résident dans PreV'Ehpad 2016

Un résident est ambulant ou mobile s'il peut marcher seul avec ou sans canne, béquilles ou déambulateur.

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) (dans les 30 jours)

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

➤ **Cocher « Oui » si le résident est incontinent au moment de l'enquête**

↪ Incontinence urinaire ou fécale

↪ Cocher « Non » ou « Oui »

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case
Cocher « Inconnu » si l'information n'est pas disponible

nouveau

Remplace le GIR
du résident dans
Prev'Ehpad 2016

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Identification du résident
Date de l'enquête : [] ID résident : [] Domicile par rapport : [] 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 - UOD Oui - UHR
Hospitalisation (dans les 3 mois) : Non Oui Inconnu Intervention chirurgicale : Non Oui Inconnu (dans les 30 jours)
Présence d'escarre : Non Oui *Si oui, préciser le grade :* 1 2 3 4
Déorientation : Non Oui Inconnu
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant ABL 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'AI (ou ATC, non commercial)				
Voie d'administration (ou, si, SC, O, I)				
Durée prévue du traitement (en jours)				
Contexte de prescription (consultez l'annexe)				
Diagnostic associé au traitement				
Prévalence de l'antibiogramme				
Lieu de prescription (si oui, en quel lieu)				

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) infecté(s) : []
SICUO acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible
SICUO type de cathéter à l'origine de l'infection : []
MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3

Micro-organisme(s) : []
Sensibilité MO (ATB - SIRS) : []

SECTION « DISPOSITIF(S) INVASIF(S) »

- Renseigner **le ou les dispositifs invasifs à demeure chez le résident le jour de l'enquête**
- A partir du **dossier médical du résident et confirmé le jour de l'enquête auprès du résident au moment de l'enquête**
- Renseigné par l'enquêteur et confirmé par le personnel de santé du secteur ou unité de vie

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

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

➤ Indiquer si le résident est porteur d'au moins un dispositif invasif le jour de l'enquête

↳ Sonde urinaire ou cathéters vasculaires

↳ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

↳ **La réponse inconnue n'est pas admise**

→ Saisie dans PreVIAS : la section est cochée « Non » par défaut dans PreVIAS

Si le champ « Dispositif(s) invasif(s) » est coché « Oui », la section s'ouvre et propose l'ensemble des champs de la section

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

Si le champ « Dispositif(s) invasif(s) » est coché « Oui » :

➤ **Indiquer si le résident est porteur d'une sonde urinaire à demeure le jour de l'enquête**

↪ **Inclure tout dispositif endo-urinaire (sonde vésicale, cathéter sus-pubien, sonde urétérale)**

↪ **Exclure les sondages évacuateurs ou intermittents (auto-sondage ou hétéro-sondage) et dispositifs externe (étui pénien)**

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

➔ **Saisie dans PreVIAS** : cocher obligatoirement une case pour le champ « Sonde urinaire » si « Dispositif(s) invasif(s) est coché « Oui »

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

Si le champ « Dispositif(s) invasif(s) » est coché « Oui » :

➤ **Indiquer si résident est porteur d'au moins un cathéter à demeure le jour de l'enquête**

↪ Inclure tous les **cathéters vasculaires** en place le jour de l'enquête

↪ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

Si le champ « Cathéter(s) vasculaire(s) » est coché « Oui » :

➤ **Renseigner le type de cathéter**

↪ Cocher **un ou plusieurs cathéters parmi les 6 indiqués** : cathéter veineux périphérique, cathéter Midline, cathéter sous cutané, cathéter veineux central, cathéter central à insertion périphérique (PICC), chambre à cathéter implantable

↪ Les fistules artério-veineuses sont codées comme cathéter veineux périphérique

↪ Possibilité de sélectionner **plusieurs cathéters**

➔ Saisie dans PreVIAS : cocher obligatoirement une case pour le champ « Cathéter(s) vasculaire(s) » si « Dispositif(s) invasif(s) » est coché « Oui »

Cocher obligatoirement au moins un type de cathéter si « Cathéter(s) vasculaire(s) » est coché « Oui »

QUESTIONNAIRE RÉSIDENT

Enquête nationale de prévalence 2024
Questionnaire résident

Identification du résident
Date de l'enquête : [] ID résident : [] Zone par région : [] 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 30 jours)
Présence d'escarre : Non Oui Inconnu Si oui préciser le grade : 1 2 3 4
Désorientation : Non Oui Inconnu
Mobilité : Ambulant En fauteuil roulant AIM 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) :
 Veine périphérique Méridien Supracostal Veine centrale PICC Cathète artérielle

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'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (curatif, Prophyl.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 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 oui acquisition de l'infection dans l'établissement : Certaine Possible Certaine Possible Certaine Possible
Si oui type de cathéter à l'origine de l'infection : []
Si oui, préciser : MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3
Micro-organisme(s) : []
Sensibilité MO (ATB - SIR) : []
Au sein, si date plus tard que la date de l'enquête : []

SECTION « TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX »

- Renseigner **le ou les traitement anti-infectieux administrés par voie générale au résident le jour de l'enquête**
- Renseigné par l'enquêteur à partir du dossier du résident avec l'appui du personnel de santé du secteur ou unité de vie
- Le correspondant médical confirme le **contexte de prescription, l'indication et la réévaluation de l'antibiothérapie**

Traitement(s) anti-infectieux <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

- **Classes d'anti-infectieux ciblés :**

- Les **antibiotiques à usage systémique** (codes ATC J01)
- Les **imidazolés per os antiparasitaires** (codes ATC P01)
- Les **antibiotiques intestinaux** : fidaxomicine (codes ATC A07AA)
- Les **antimycosiques** (codes ATC J02)
- Les **antifongiques** (codes ATC D01BA)
- Les **antituberculeux** (codes ATC J04)
- Les **antiviraux pour la Covid-19** (tous les autres antiviraux sont exclus)

*Nouvelles classes d'AI
ciblées par rapport à
Prev'Ehpad 2016 (sauf
rifampicine)*

(cf. annexe 3 du guide de l'enquêteur page 51-55 pour la liste complète des AI ciblés)

- **Pour documenter les traitements AI**, recueillir les informations de la manière suivante :
 1. Répertorier **tous les traitements anti-infectieux administrés au résident le jour de l'enquête**
 2. Pour chaque traitement recensé, documenter la **voie d'administration** et la **durée prévue du traitement en intention de traiter**
 3. Pour chaque traitement recensé, renseigner l'**indication ou contexte de prescription**
 4. Pour les traitements curatifs d'infection, renseigner le **diagnostic associé au traitement**
 5. Pour les traitements curatifs d'infection de plus de 72 heures, indiquer si une **réévaluation de l'antibiothérapie** a été réalisée
 6. Pour chaque traitement recensé, indiquer le **lieu de prescription**

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'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ **Indiquer si le résident reçoit au moins un traitement anti-infectieux parmi ceux ciblés et administrés par voir générale le jour de l'enquête**

↳ Si « Traitement(s) anti-infectieux » est coché « Oui », renseigner au moins un traitement AI et **jusqu'à 4 anti-infectieux**

↳ Les traitements différés (*i.e.* non administrés au résident le jour de l'enquête) pour une infection présente chez le résident le jour de l'enquête ne doivent pas être documentés

↳ Cocher « **Non** » ou « **Oui** »

➔ Saisie dans PreVIAS : la section est cochée « Non » par défaut dans PreVIAS

Si le champ « Traitement(s) anti-infectieux » est coché « Oui », la section s'ouvre et propose l'ensemble des champs de la section pour le 1^{er} AI ; il est possible d'ajouter jusqu'à 3 autres AI

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'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="checkbox"/>	Bétalactamines à large spectre		J01CA
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="checkbox"/>	AMPICILLINE		J01CA01
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="checkbox"/>	AMOXICILLINE		J01CA04
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="checkbox"/>	PIVMECILLINAM		J01CA08
Diagnostic associé au traitement :	<input type="checkbox"/>	PIPERACILLINE		J01CA12
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="checkbox"/>	TICARCILLINE		J01CA13
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="checkbox"/>	TEMOCILLINE		J01CA17

Si le champ « Traitement(s) anti-infectieux » est coché « Oui » :

➤ Indiquer le **nom de l'anti-infectieux administré au résident le jour de l'enquête**

↪ Noter la **dénomination commune internationale (DCI)** ou le **nom commercial** ou **code ATC** de l'anti-infectieux

↪ Les anti-infectieux ciblés incluent les antimycosiques, antifongiques, antituberculeux et anti-viraux pour la COVID-19 qui n'étaient pas ciblés par Prev'Ehpad 2016

➔ Saisie dans PreVIAS : la recherche du nom de l'AI à sélectionner dans le menu déroulant peut être effectuée à partir de la saisie, même partielle, du code ATC, de la DCI ou du nom commercial

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

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'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ Indiquer la **voie d'administration de l'anti-infectieux**

👉 Noter la **voie** parmi les **5 codes** proposés

➔ Saisie dans PreVIAS : la recherche de la voie à sélectionner peut être effectuée à partir du code ou du libellé de la voie

Si l'information n'est pas disponible, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et sélectionner la proposition « Inconnu » dans la liste déroulante sur le questionnaire numérique

Code	Voie d'administration
IV	Intraveineuse
IM	Intramusculaire
SC	Sous-cutanée
O	Orale
I	Inhalation (aérosol)
INC	Voie d'administration inconnue

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

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'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ **Indiquer la durée prévue de la prescription d'anti-infectieux en intention de traiter**

👉 Noter la durée en jours de prescription qui figure dans le dossier du résident

➔ Saisie dans PreVIAS : Si la durée n'est pas indiquée ou ne peut pas être calculée à partir des informations (date de début et date de fin du traitement) dans le dossier du résident, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et cocher « Inconnu » sur le questionnaire numérique

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	<u>Anti-infectieux n°1</u>	<u>Anti-infectieux n°2</u>	<u>Anti-infectieux n°3</u>	<u>Anti-infectieux n°4</u>
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ **Indiquer le contexte ou motif de prescription de l'AI administré au résident le jour de l'enquête**

↳ Noter si le traitement est : « **curatif** » (*i.e.* pour traiter une infection : présence de signes/symptômes ; traitements documentés microbiologiquement et traitements empiriques ou probabilistes)

ou « **prophylactique** » (*i.e.* pour prévenir une infection : aucun symptôme/signe clinique au moment de la prescription)

➔ Saisie dans PreVIAS : Sélectionner la proposition « Indication inconnue » dans la liste déroulante si l'information n'est pas disponible

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'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uniquement pour traitements anti-infectieux curatifs d'infection :

➤ **Indiquer le diagnostic, la cible ou l'indication du traitement administré au résident le jour de l'enquête**

↪ Noter le diagnostic associé au traitement **parmi 15 sites infectieux**

↪ Le diagnostic est celui qui **figure dans le dossier du résident ou celui qui est rapporté par l'équipe soignante**

↪ Le diagnostic est **confirmé par le correspondant médical**

➔ Saisie dans PreVIAS : la recherche du diagnostic à sélectionner peut être effectuée à partir du code ou du libellé complet

Coder « INC » si le diagnostic de l'infection ne figure pas dans le dossier du résident et n'est pas connu de l'équipe soignante

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Code	Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I)	PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aiguës, abcès rénaux)
Durée prévue du traitement (en jours)	BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
Contexte de prescription (Curatif, Proj)	BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
	PNE	Pneumonie
Diagnostic associé au traitement :	DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	FEB	Fièvre inexplicée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	GEN	Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épидидymite, infection sexuellement transmissible)
	OPH	Infection oculaire (endophtalmie)
	ORL	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)
	OST	infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)
	PTM	infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)
	SNC	Infection du système nerveux central
	SYS	Infection systémique
	INC	Diagnostic inconnu

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

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'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uniquement pour traitements anti-infectieux curatifs de plus de 3 jours (72 heures) :

➤ **Indiquer si l'antibiothérapie a fait l'objet d'une réévaluation par un médecin ET tracée dans le dossier du résident**

↪ Sélectionner l'une des **3 réponses** : « Oui - dans les 72 heures » ; « Oui - au-delà de 72 heures » ; « Non » (si aucune réévaluation par un médecin réalisée ou si non tracée dans le dossier du résident)

↪ Compléter la réévaluation de l'antibiothérapie au 3^e jour **après la date de l'enquête** pour les traitements AI de plus de 3j qui sont administrés le jour de l'enquête depuis moins de 3j

↪ La réévaluation de l'antibiothérapie est **confirmée par le correspondant médical**

➔ Saisie dans PreVIAS : la réponse inconnue n'est pas admise pour les AI curatifs de plus de 3 jours en intention de traiter

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX

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'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ Renseigner le lieu où le prescripteur a initialement prescrit l'anti-infectieux

↪ Renseigner l'une des **3 situations** suivantes :

EMS : AI a été prescrit dans l'établissement médico-social enquêté par le médecin coordonnateur de l'établissement ou un médecin intervenant dans l'établissement

ES : AI a été prescrit dans un établissement de santé dans lequel le résident a été préalablement hospitalisé

Autre lieu : AI a été prescrit dans un autre lieu que l'EMS enquêté ou un ES (e.g. SOS médecin)

➔ **Saisie dans PreVIAS** : Si le lieu de prescription n'est pas connu, coder « INC » sur le questionnaire au format papier et sélectionner « Lieu inconnu » dans la liste déroulante sur le questionnaire numérique

• Définition de cas

Toutes les infections associées aux soins **ET** actives le jour de l'enquête doivent être rapportées

➤ Une infection est **associée aux soins** si :

- elle survient au cours ou au décours de la prise en charge du résident ET elle n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge (inclut les soins de la vie quotidienne (nursing, prévention des complications), l'hébergement (restauration collective, vie en collectivité) et l'accompagnement (activités thérapeutiques, occupationnelles, loisirs)

OU

- les signes et/ou symptômes de l'infection débutent au-delà de 48 heures (*i.e.* à compter du 3^e jour) après l'admission ou la réadmission du résident dans l'établissement enquêté

➤ Une infection est **active le jour de l'enquête** si :

- les signes et/ou symptômes de l'infection sont présents le jour de l'enquête

OU

- les signes et/ou symptômes étaient présents dans le passé et le résident reçoit (toujours) un traitement pour cette infection le jour de l'enquête

• Exception aux critères de définition de cas : COVID-19 associées aux soins

➤ Le résident dispose dans son dossier médical d'une analyse biologique confirmant la COVID-19 réalisée dans les 14 jours précédant le jour de l'enquête

➤ **ET** Le résident présente l'un des 3 critères suivants :

- apparition des symptômes 8 jours et plus après l'admission
- apparition des symptômes 3 à 7 jours après l'admission avec forte suspicion de transmission croisée
- résultat de la première analyse biologique confirmant la Covid-19 obtenu 8 jours et plus après l'admission

- **Pour documenter les infections associées aux soins actives le jour de l'enquête, l'enquêteur cherche à :**
 - **Confronter les sources d'information** mises à sa disposition : dossier du résident, dossier médical, examens paracliniques, tests de laboratoire, compte rendu de consultations et d'interventions
 - **Repérer les résidents infectés** à partir :
 - des **signes et/ou symptômes d'infection**, systémiques ou locaux, aigus ; des changements du statut du résident
 - des **traitements anti-infectieux** par voie générale
 - des **prescriptions d'examens bactériologiques ou d'examens d'imagerie récents**
 - **Recueillir les informations** de la manière suivante :
 1. Définir le **site de l'infection associée aux soins** à partir des algorithmes décisionnels (cf. annexe 5)
 2. Pour les infections à *Clostridioides difficile* (CLOD), préciser le **degré de certitude que l'infection soit acquise dans l'établissement enquêté**
 3. Pour les infections liées aux cathéters (ICAT), préciser le **type de cathéter mis en cause**
 4. Pour chaque infection associée aux soins, renseigner le(s) **micro-organisme(s) isolé(s) de l'infection** et documenter sa (leur) **résistance(s) à certains antibiotiques**
 5. Compléter éventuellement les champs après la date de l'enquête si les résultats d'examens paracliniques (microbiologie, imagerie, etc.) nécessaires pour inclure une IAS ne sont pas disponibles le jour de l'enquête

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible		<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible		<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible	
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ Indiquer si le **résident présente au moins une infection associée aux soins, active le jour de l'enquête**

↪ Si « Infection(s) associée(s) aux soins » est coché « Oui », renseigner au moins une IAS

➔ Saisie dans PreVIAS : la section est cochée « Non » par défaut dans PreVIAS

Si le champ « Infection(s) associée(s) aux soins » est coché « Oui », la section s'ouvre et propose l'ensemble des champs de la section pour la 1^{ère} IAS ; il est possible d'ajouter jusqu'à 2 autres IAS

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :									
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
<i>Si ICAT</i> , 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) :									
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>									

Si le champ « Infection(s) associée(s) aux soins » est coché « Oui » :

➤ **Indiquer le site de l'infection associée aux soins active chez le résident active le jour de l'enquête**

↪ Renseigner les localisations infectieuses à partir des **algorithmes décisionnels** (annexe 4 pages 56 à 64 du guide de l'enquêteur)

↪ Compléter le site infectieux après la date de l'enquête, si les résultats d'examen paracliniques (microbiologie, imagerie, etc.) nécessaires pour inclure une IAS ne sont pas disponibles le jour de l'enquête

↪ Les sites infectieux sont **confirmés par le correspondant médical**

➔ Saisie dans PreVIAS : la recherche du site infectieux à sélectionner dans le menu déroulant peut s'effectuer à partir de la saisie, même partielle, du code de l'infection (4 lettres), du nom du site infectieux

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

Localisation	Code	Libellé
Infections urinaires	URI1	Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)
	URI2	Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)
Infections gastro-intestinales	GAST	Gastro-entérite
	CLOD	Infection à <i>Clostridioides difficile</i>
Infections respiratoires	PNE1	Pneumonie confirmée (par examen radiologique)
	PNE2	Pneumonie probable (par diagnostic clinique)
	RESP	Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)
	GRI1	Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)
	GRI2	Grippe probable (syndrome grippal)
	COVA	Covid-19 asymptomatique
	COVL	Covid-19 symptômes légers à modérés
	COVS	Covid-19 symptômes sévères
Infections ORL	ANGI	Angine à streptocoque du groupe A
	ORAL	Infection buccale / candidose buccale
Infections cutanées	IPTM	Infection de la peau et des tissus mous / cellulite
	HERP	Herpès simplex ou zona
	FONG	Infection fongique
	IESC	Infection d'escarre / plaie chronique
	GAL1	Gale confirmée (par dermatologue et/ou diagnostic parasitologique)
	GAL2	Gale probable
	ICAT	Infection liée à un cathéter
	Bactériémie	BACT
Fièvre inexpiquée	FIEV	Épisode fébrile inexpiqué

Localisation des infections associées aux soins ciblées
(page 43 du guide de l'enquêteur)

Sites infectieux ciblés dans l'enquête Prev'Ehpad 2016

*Nouveaux sites infectieux ciblés par rapport à Prev'Ehpad 2016
→ ajoutés en cohérence avec le protocole européen*

INFECTION LIÉE AU CATHÉTER

AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :

- 1. Présence de pus au site niveau du site d'insertion du cathéter (cf. logigramme en annexe 7)

OU

- 2. Seuil > 10³ UFC/ml si culture de cathéter



CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :
INFECTION CONFIRMÉE (ICAT)

🔗 Préciser le type de cathéter lié à l'infection dans la variable correspondante

BACTÉRIÉMIE

BACTÉRIÉMIE CONFIRMÉE

UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) DOIT ÊTRE REMPLI :

- Au moins deux hémocultures positives pour le même organisme
- Une seule hémoculture documentée avec un organisme considéré comme non contaminant

ET

- Au moins un des critères suivants :
 - Fièvre *
 - Hypothermie d'apparition nouvelle (< 34,5 °C, ou température non détectée par le thermomètre utilisé)
 - Baisse de la pression artérielle systolique > 30 mmHg par rapport à l'inclusion
 - Aggravation de l'état mental ou fonctionnel



CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :
INFECTION CONFIRMÉE (BACT)

Résident sans cathéter urinaire

SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. 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

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU
- ECBU réalisé ET :
 - Au moins 10³ UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes 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)**

Résident avec cathéter urinaire

SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2, 3 or 4) :

- 1. Fièvre*, frissons OU hypotension d'apparition nouvelle SANS autre site d'infection connu
- 2. Changement aigu de l'état mental § OU déclin fonctionnel aigu §§ SANS autre diagnostic ET leucocytose**
- 3. Douleur ou sensibilité sus-pubienne ou à l'angle costovertébral d'apparition nouvelle
- 4. Écoulement purulent autour du cathéter ou douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU
- ECBU réalisé ET :
 - Au moins 10⁵ UFC/ml d'un ou plusieurs micro-organismes quelconques dans un échantillon prélevé par sondage urinaire unique

GASTRO-ENTÉRITE

UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) DOIT ÊTRE REMPLI :

- 1. Diarrhée, au moins trois selles liquides ou aqueuses de plus par rapport au nombre normal à l'inclusion pour le résident sur une période de 24 heures
- 2. Vomissements, au moins deux épisodes sur une période de 24 heures
- 3. Les deux critères suivants :
 - Échantillon de selles positif pour un agent pathogène bactérien ou viral
 - ET
 - Au moins un des éléments suivants : nausées, vomissements, douleur ou sensibilité abdominales, diarrhée

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :
INFECTION CONFIRMÉE (GAST)

INFECTION À *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*

UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) DOIT ÊTRE REMPLI :

- 1 Selles diarrhéiques ou mégacolon toxique ET analyse biologique positive pour la/les toxine(s) A et/ou B de *C. difficile* dans les selles ou organisme *C. difficile* producteur de toxine détecté dans les selles par culture ou d'autres moyens, p. ex. résultat PCR positif
- 2 Colite pseudomembraneuse révélée par endoscopie gastro-intestinale basse
- 3 Histopathologie du côlon caractéristique de l'infection à *C. difficile* (avec ou sans diarrhée) sur un échantillon prélevé lors d'une endoscopie ou d'une colectomie

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :
INFECTION CONFIRMÉE (CLOD)

⚠ Préciser le degré de certitude que l'infection soit acquise dans l'établissement enquêté dans la variable correspondante

PNEUMONIE

SIGNES/SYMPTÔMES

LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

1. Au moins **un** des signes ou symptômes respiratoires suivants :
- Apparition/aggravation récente d'une toux
 - Apparition/aggravation récente d'expectorations purulentes
 - Saturation en O₂ < 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

2. Au moins **un** des signes/symptômes constitutionnels :
- Fièvre *
 - Leucocytose **
 - Altération brutale de l'état mental §
 - Perte brutale d'autonomie §§

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

- Résident **avec** 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)
- 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).

INFECTION RESPIRATOIRE BASSE HORS PNEUMONIE

SIGNES/SYMPTÔMES

LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

1. Au moins **deux** des signes ou symptômes respiratoires suivants :
- Apparition/aggravation récente d'une toux
 - Apparition/aggravation récente d'expectorations purulentes
 - Saturation en O₂ < 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

2. Au moins **un** des signes/symptômes constitutionnels :
- Fièvre *
 - Leucocytose **
 - Altération brutale de l'état mental §
 - Perte brutale d'autonomie §§

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

- Résident **sans** radiographie thoracique POSITIVE pour une pneumonie ou un nouvel infiltrat
- OU
- Radiographie thoracique non effectuée

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :
INFECTION RESPIRATOIRE BASSE (HORS PNEUMONIE) CONFIRMÉE (RESP)

GRIPPE

SIGNES/SYMPTÔMES

LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- 1. Fièvre *

ET

- 2. Au moins **trois** des éléments suivants :

- Frissons
- Céphalées ou douleurs oculaires nouvelles
- Myalgies ou courbatures
- Malaise ou perte d'appétit
- Maux de gorge
- Apparition/aggravation d'une toux sèche

- Confirmation du diagnostic viral (un des critères suivants) :

- Test diagnostic rapide positif (TROD)
- Lien épidémiologique dans un contexte de cas groupés avec au moins 1 cas confirmé

OU

- Absence de confirmation du diagnostic viral (syndrome grippal)

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères des signes/symptômes remplis ET confirmation du diagnostic viral :

GRIPPE CONFIRMÉE (GRI1)

- Critères des signes/symptômes remplis ET absence de confirmation du diagnostic viral :

GRIPPE PROBABLE (GRI2)

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

ET

- Sans nécessité d'une oxygénothérapie en oxygène ≥ 92

- Sévère** :

- Signes ou symptômes compatibles

ET

- Nécessité d'une oxygénothérapie en oxygène < 92 %

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entière COVID-19 **ASYMPTOMATIQUE**

- Critères d'infection entière COVID-19 **SYMPTÔMES LÉGÈRES** ET rapporter séparément le conformément aux définitions nationales

- Critères d'infection entière COVID-19 **SYMPTÔMES SÉVÈRES** ET rapporter séparément le conformément aux définitions nationales

IMPORTANT POUR LA DÉCLARATION DE LA COVID-19

En cas d'infection symptomatique, appliquer, en plus de l'infection à COVID-19, la définition de cas spécifique au site confirmée et recueillir de manière séparée l'infection en utilisant des codes d'infections spécifiques (e.g. RESP, PNE1, PNE2).

Puis recueillir séparément le/les micro-organismes (MO) :

- indiquer VIRCOV pour une infection à SARS-CoV-2 (COVID-19)
- en cas de co-infection avec d'autres MO, utiliser les codes de MO spécifiques.

¹ Signes et symptômes compatibles avec la COVID-19 (OMS 2021) [26] :

Fièvre, toux, fatigue, essoufflement, anorexie, myalgies, perte d'odorat (anosmie), perte de goût (agueusie). D'autres symptômes non spécifiques, tels que des maux de gorge, une congestion nasale, des céphalées, une diarrhée et des nausées et vomissements, ont également été rapportés.

D'autres manifestations de nature neurologique rapportées incluent des vertiges, une agitation, une faiblesse, des convulsions ou des résultats évocateurs d'un accident vasculaire cérébral, notamment des troubles de l'élocution ou de la vision, une perte sensorielle ou des problèmes d'équilibre en position debout ou à la marche.

Les personnes âgées et les résidents immunodéprimés en particulier peuvent présenter des symptômes atypiques tels qu'une fatigue, une diminution de la vigilance, une diminution de la mobilité, une diarrhée, une perte d'appétit, une confusion et une absence de fièvre.

INFECTIONS ORL

ANGINE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A

LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- Tout signe ou symptôme compatible avec l'angine : maux de gorge ; irritations ; brûlures ; difficultés pour avaler ; fièvre ; nez qui coule ; toux ; enrouement ; gonflement des ganglions.

ET

- test rapide d'orientation diagnostique (TROD) angine à streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) positif OU culture bactérienne en cas de TROD négatif ou absent



CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :
INFECTION CONFIRMÉE (ANGI)

INFECTION BUCCALE OU CANDIDOSE BUCCALE

LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- Présence de plaques blanches en relief sur la muqueuse enflammée OU plaques sur la muqueuse buccale

ET

- Diagnostiquée par un dentiste ou un médecin



CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :
INFECTION CONFIRMÉE (ORAL)

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 <u>CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible		<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible		<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Possible	
Si <u>ICAT</u> , 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) :									
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>									

Uniquement pour les infections à *C. difficile* (CLOD) :

➤ Préciser le **degré de certitude que l'infection soit acquise dans l'établissement**



Certaine : les causes de l'acquisition dans l'établissement enquêté ont été établies par l'équipe en charge de l'enquête (e.g. l'infection a été acquise au cours ou des suites d'un traitement antibiotique administré dans l'établissement, d'une transmission croisée dans l'établissement). De plus, le résident n'est pas sorti de l'établissement, même temporairement, depuis plus de 28 jours

Possible : l'infection correspond à la définition de cas (i.e. survenue des symptômes au-delà de 48 heures après l'admission ou la réadmission), mais les causes de l'acquisition n'ont pas été établies par l'équipe en charge de l'enquête. Des arguments en faveur d'une acquisition dans un autre établissement sont avancés (e.g. le début des symptômes de l'infection à *C. difficile* survient dans les 28 jours après un séjour dans un autre établissement)

↳ L'évaluation est **confirmée par le correspondant médical**

➔ Saisie dans PreVIAS : la réponse inconnue n'est pas admise

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<i>Si CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible								
<i>Si ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>								
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>								
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>								

Uniquement pour les infections liées aux cathéters (ICAT) :

➤ **Renseigner le type de cathéter mis en cause**

CVP – cathéter veineux périphérique

MID – cathéter Midline (*ajouté par rapport à Prev'Ehpad 2016*)

CSC – cathéter sous-cutané

CVC – cathéter veineux centra

PICC – cathéter central à insertion périphérique

CCI – chambre à cathéter implantable

INC – type de cathéter inconnu

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si <i>CLOD</i> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
Si <i>ICAT</i> , type de cathéter à l'origine de l'infection : <small>(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>								
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>	<input type="text"/>								

Code	Micro-organisme
ACHSPP	<i>Achromobacter</i> spp.
ACIAUT	<i>Acinetobacter</i> spp., autre espèce
ACIBAU	<i>Acinetobacter baumannii</i>
ACICAL	<i>Acinetobacter calcoaceticus</i>
ACIHAE	<i>Acinetobacter haemolyticus</i>
ACILWO	<i>Acinetobacter lwoffii</i>
ACINSP	<i>Acinetobacter</i> spp., espèce non spécifiée
ACTSPP	<i>Actinomyces</i> spp.
AEMSPP	<i>Aeromonas</i> spp.

Pour chaque site infectieux rapporté :

➤ **Documenter le (ou les) micro-organisme(s) isolé(s)** (cf. liste des MO annexe 5 pages 66 à 71 du guide de l'enquête)

↪ **A renseigner pour tous les sites infectieux**

↪ Il est possible de renseigner **jusqu'à 3 MO par site infectieux**

↪ Compléter le MO **après la date de l'enquête**, si les résultats d'examens microbiologies ne sont pas disponibles le jour de l'enquête

↪ Renseigner **au moins un MO** pour les sites infectieux avec confirmation microbiologique (**BACT, URI1**)

↪ En l'absence de MO isolé de l'infection indiquer : **EXASTE** (examen stérile), **NONIDE** (identification non retrouvée) ou **NONEFF** (culture non effectuée)

➔ **Saisie dans PreVIAS** : la recherche du micro-organisme à sélectionner dans le menu déroulant peut s'effectuer à partir de la saisie, même partielle, du code du MO (6 lettres) ou du nom du MO

INFECTION(S) ASSOCIÉE(S) AUX SOINS

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 :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Si <u>CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible								
Si <u>ICAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>								
<i>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</i>	<input type="text"/>								

Pour les micro-organismes dont la sensibilité à certains antibiotiques est à renseigner (cf. annexe 4 page 80 à 83 les MO marqués par un « S ») :

➤ **Indiquer la sensibilité à l'antibiotique testé (ou des antibiotiques) du (ou des) micro-organisme(s) isolé(s) de l'infection**

↪ La sensibilité d'un MO est renseignée de manière indépendante pour chaque ATB testé

↪ Compléter la sensibilité **après la date de l'enquête**, si les résultats des tests de sensibilité du ou des MO aux antibiotiques ne sont pas disponibles le jour de l'enquête

➔ Saisie dans PreVIAS : après avoir renseigné le MO dont la sensibilité est à renseigner, des champs spécifiques aux ATB testés s'affichent automatiquement à l'écran

Micro-organisme	Antibiotique testé	Résistance			
Staphylococcus aureus	Oxacilline (OXA) ¹	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Glycopeptides (GLY) ²	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
Enterococcus faecium Enterococcus faecalis	Glycopeptides (GLY) ²	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
Entérobactéries ⁵	Céphalosporines de troisième génération (C3G) ³	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Production de β -lactamase à spectre étendu (BLSE)	Non BLSE		BLSE	INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR) ⁴	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Production de carbapénémase (EPC)	Non		Oui	INC - Inconnue
Acinetobacter spp. Pseudomonas spp.	Ceftazidime (CAZ)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR)	S - Sensible	I - intermédiaire	R – Résistant	INC - Inconnue

¹ SARM si elle est résistante à l'oxacilline (OXA-R) et SASM si elle est sensible à l'oxacilline (OXA-S)

² Souche résistante aux glycopeptides (GLY-R) si la souche est résistante à la vancomycine ou à la téicoplanine

³ Souche résistantes aux C3G (C3G-R) si la souche est résistante à la céfotaxime ou à la ceftriaxone

⁴ Souche résistante aux carbapénèmes (CAR-R) si la souche est résistante à l'imipénème, au méropénème ou au doripénème

⁵ Listes des entérobactéries (indiqués par la lettre « S » en annexe 5) :

Enterobacter spp. ; *Escherichia coli* ; *Citrobacter spp.* ; *Hafnia spp.* ;

Klebsiella spp. ; *Morganella spp.* ; *Proteus spp.* ; *Providencia spp.* ;

Salmonella spp. ; *Serratia spp.* ; *Shigella spp.* ; *Yersinia spp.*