

Code FINESS de l'établissement..... Sera prérempli  
Type établissement..... |\_\_|  
Nombre lits MCO (hors psychiatrie)..... |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Score dernier ICATB connu:..... |\_\_|\_\_|  
Consommation antibiotique globale l'année de l'ICATB (DDJ/1000 JH) ..... |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Dossier patient informatisé (cf manuel Investigateur).....|\_\_|  
Présence d'un référent antibiotique au sens de la circulaire de 2002 :..... Oui / Non  
Présence d'un référent antibiotique hors contexte circulaire :..... Oui / Non  
Spécialité du référent..... \_\_\_\_\_  
ETP de l'activité référent (additionner si plusieurs personnes) ..... |\_\_|\_\_|,|\_\_|

(voir codes page 1 du guide)

(à remplir une fois)

**SPA2**

## Questionnaire secteur d'activité

Date de l'enquête |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / 20|\_\_|\_\_|

Spécialité du secteur de l'enquête :.....

Médecine  
Chirurgie  
Obstétrique  
Pédiatrie  
Hématologie  
Oncologie  
Infectiologie  
Réanimation  
SSR

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Prescription **informatisée** des anti-infectieux dans le secteur d'activité.....Oui / Non

Nombre de patients hospitalisés dans le secteur à **9h00** le jour de l'enquête : |\_\_|\_\_|\_\_|

(voir explications page 1 du guide)

(à remplir pour chaque service ou secteur d'activité)

**Remplir uniquement si antibiothérapie systémique le jour de l'enquête**

No PATIENT : |\_|\_|\_|\_| Secteur: |\_|\_| code FINESSE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de l'entrée dans l'établissement |\_|\_|/|\_|\_|/20|\_|\_|

Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2) ..... |\_|\_|  
 Age (JJ/MM/YY) ..... |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|  
 Poids à l'admission (kilogrammes) ..... |\_|\_|\_| kg  
 Créatinine dans les 3 jours oui|\_| non|\_| si oui, valeur ..... |\_|\_| mg  
 ..... OU |\_|\_|\_| μmol

**A/ PROPHYLAXIE MEDICALE (antibiotiques ou antifongiques systémiques) en cours le jour de l'enquête :**

ANTI	Molécule (page 4/5)	Dose totale /j (mg)	Nb prises/j	Voie (lm, iv, po, inhal)
P1				
P2				

Cercler la bonne réponse quand nécessaire

**B/ TRAITEMENTS antibiotiques ou antifongiques systémiques en cours le jour de l'enquête (hors prophylaxie)**

ANTI	Molécule (page 4/5)	Date 1 <sup>ère</sup> dose	Dose totale / jour (mg)	Nb prises/j	Voie (lm, iv, po, inhal)	Indication principale de la molécule (page 6)	Comm ou Noso	Autre indication de la molécule (oui/non)
Tt1		_ _ / _ _ /10					C / N	O / N
Tt2		_ _ / _ _ /10					C / N	O / N
Tt3		_ _ / _ _ /10					C / N	O / N
Tt4		_ _ / _ _ /10					C / N	O / N

Pour au moins une indication, y a-t-il eu un **prélèvement** microbiologique **avant le début** du traitement OUI|\_|/ NON|\_|

**C/ Résultats microbiologiques disponibles le jour de l'enquête pour l'indication principale de chaque ATB**

Indication principale	Eléments disponibles ED / Culture / ATBg	Espèce (page 7/8)	BMR (page 9)	> 2 espèces	S-I-R	S-I-R	S-I-R	S-I-R	
					Tt1	Tt2	Tt3	Tt4	
ED / C / A		Espèce 1/infect 1	_ _ _ _ _ _ _	_	_				
		Espèce 2/infect 1	_ _ _ _ _ _ _	_					
ED / C / A		Espèce 1/infect 2	_ _ _ _ _ _ _	_	_				
		Espèce 2/infect 2	_ _ _ _ _ _ _	_					
ED / C / A		Espèce 1/infect 3	_ _ _ _ _ _ _	_	_				
		Espèce 2/infect 3	_ _ _ _ _ _ _	_					

Y a-t-il un résultat **positif** pour **antigène : urinaire pneumocoque** |\_|\_|, **urinaire légionelle** |\_|\_|, **aspergillaire** |\_|\_|

**D/ Evaluation du bon usage**

ANTI	Recos locales /indication	Motivation notée dans dossier (Oui / Non)	Si > 72h : évaluation notée (Oui / Non)	Durée de prescription notée (Oui / Non)
T1	Oui / non / absence	O / N	O / N	O / N
T2	Oui / non / absence	O / N	O / N	O / N
T3	Oui / non / absence	O / N	O / N	O / N
T4	Oui / non / absence	O / N	O / N	O / N

**Intervention d'un référent** à un moment de la prescription : .....Oui |\_|\_| / Non|\_|\_| / Ne sait pas |\_|\_|