

SPABACT : Traitement des bactériémies et des fongémies

Centre : _____

Patient: __/__/30

1 – Microbiologie

Date de prélèvement de la 1ère hémoculture positive : |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|
 Heure de prélèvement de la 1ère hémoculture positive : |__|_|_| h |__|_|_| mn
 Nombre de flacons d'hémocultures positifs: |__|_|_|
 Code du micro-organisme et niveau de résistance éventuel N°1 |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|
 (codes Réa-Raisin en annexe) N°2 |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|
 Date de positivité de l'examen direct |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|
 Date de l'identification du micro-organisme (espèce)..... |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|
 Date de la mise en évidence d'une résistance éventuelle (BLSE/SARM/EPC/ABRI/PARC) : |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|
 Méthode employée :
 1-Antibiogramme diffusion ; 2-Antibiogramme dilution ; 3-GenXpert ; 4-PCR autre ; 5- autre |__|_|_|
 Date du rendu de l'antibiogramme complet |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|

2 - Descriptif patient:

Service ou secteur d'hospitalisation du patient: |__|_|_|
 Date d'entrée dans l'établissement : |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|
 Sexe (Masculin = 1 / Féminin = 2) |__|_|_|
 Age : |__|_|_| mois si < 1an ou |__|_|_| ans
 Poids (kilogrammes) |__|_|_| kg
 Allergie aux β-lactamines: 1- oui 2 -non si OUI, choc anaphylactique |__|_|_| Quincke |__|_|_| urticaire géant |__|_|_|
 Mention d'une insuffisance rénale dans le dossier médical : 1- oui 2 -non |__|_|_|

3 – Descriptif épisode:

Origine de la bactériémie : |__|_|_|
 1-communautaire, 2-nosocomial acquis dans l'établissement, 3- nosocomial importé, 4-associée aux soins mais non nosocomiale
 Liée à un acte invasif : 1- oui 2 -non |__|_|_|
 Porte d'entrée/localisation:..... |__|_|_|
 1- cathéter vasculaire, 2-poumon, 3-Urinaire, 4-Digestif, 5-Peau/tissus mous, 6-Os, 7-Endocardite, 8-Méningée, 9-Autre, 10-Inconnue
 Sévérité au moment du diagnostic : 1- sepsis grave 2 -choc septique 3- non sévère |__|_|_|
 Implication du référent dans la prise en charge : |__|_|_|
 0 : aucune – 1 avant la prescription AB - 2 après la prescription AB - 3 : avant ET après la prescription AB

4 - Traitement (prendre en compte le relais oral mais pas les modifications de posologies):

Molécule	Date début	Date fin	Poso /j (mg)	N. adm/j	Voie	S germe 1	S germe2
1 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
2 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
3 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
4 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
5 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
6 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
7 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					
8 : __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _					

N° du 1^{er} ATB actif in vitro sur le pathogène 1 |__|_|_| Date et Heure d'administration: |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_| |__|_|_| h |__|_|_| mn

N° du 1^{er} ATB actif in vitro sur le pathogène 2 |__|_|_| Date et Heure d'administration: |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_| |__|_|_| h |__|_|_| mn

5 – Devenir (un suivi au moins à j14 est souhaité pour les patients toujours hospitalisés)::

Date de fin de suivi : |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|
 Localisation secondaire : 1-Abcès, 2-ostéite, 3-endocardite, 4-Autre, 5-non |__|_|_|
 Traitement complémentaire d'un foyer source: 1 chirurgie 2-drainage 3-ablation de cathéter 4-autre 5-non |__|_|_|
 Nécessité de transfert secondaire en réanimation 1- oui 2 -non |__|_|_|
 Si oui, date de transfert : |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|
 Situation lors de la fin du suivi |__|_|_|
 1- présent dans l'établissement (MCO) 2- autre hôpital de court séjour- 3- SSR- 4- SLD - 5-EHPAD - 6-Retour à domicile - 7- HAD - 8- DC
 Si décès (DC), quel est le lien à la bactériémie |__|_|_|
 1-Très probable (ex : choc septique à BGN), 2-Possible (autres), 3-Peu probable (autre cause de DC, ex IDM). Selon avis du praticien prenant en charge le patient