

# URO SPA : Prescription antibiotique pour les pyélonéphrites et les prostatites communautaires en 2016

N° fiche : .....  
(donné en ligne)

## 1/ Parcours hospitalier du patient

	Service 1 : ... ..	Service 2 : ... ..	Service 3 : ... ..	Service 4 : ... ..
Date entrée (mm/jj/aaaa)				
Date sortie (mm/jj/aaaa)				

<b>Mode de sortie</b>
Domicile / Transfert / Décès

**2/ Le patient :** Age : |\_|\_|\_|\_| Sexe : F / M si féminin, enceinte ? Oui / Non - Poids (kg) : |\_|\_|\_|\_|  
 Terrain : - Anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire Oui / Non - Insuf. rénale chronique (Cl <30ml/min) : Oui / Non  
 - Pour patient > 64 et < 75 ans : Fragilité (≥ 3 critères de Fried) Oui / Non - Immunodépression grave : Oui / Non  
 - Hospitalisation dans les 3 mois précédents Oui / Non / NSP - Antibiothérapie dans les 3 mois précédents : Oui / Non / NSP

**A l'entrée :** - Choc septique : Oui / Non - Sepsis grave : Oui / Non - Température > 38°C : Oui / Non  
 - Douleur lombaire/abdo. : Oui / Non - Signes urinaires : Oui / Non - Troubles digestifs : Oui / Non

**Depuis l'entrée :** - Sondage vésical (y compris KT sus-pubien) >24h : Oui / Non - Drainage chirurgical ou interventionnel des voies urinaires (hors sondage) : Oui / Non  
 - Choc septique : Oui / Non - Sepsis grave : Oui / Non  
 - Echographie : Oui / Non, si oui date : /\_/\_/\_/ - Uro-scanner : Oui / Non, si oui date : /\_/\_/\_/

## 3/ ECBU

	ECBU initial : date /_/_/_/	ECBU de contrôle : Oui / Non, si oui date : /_/_/_/	Motif : ... ..
Leucocytes/mm <sup>3</sup>	n≤10    10<n≤100    100<n≤1000    1000<n	n≤10    10<n≤100    100<n≤1000    1000<n	
Germe	Espèce : ... .. Date identification : /_/_/_/	Espèce : ... .. Date identification : /_/_/_/	
Numération / ml	n≤10 <sup>3</sup> 10 <sup>3</sup> <n≤10 <sup>4</sup> 10 <sup>4</sup> <n≤10 <sup>5</sup> 10 <sup>5</sup> <n	n≤10 <sup>3</sup> 10 <sup>3</sup> <n≤10 <sup>4</sup> 10 <sup>4</sup> <n≤10 <sup>5</sup> 10 <sup>5</sup> <n	

**4/ Hémoculture prélevée :** Oui / Non, si oui : Hémoculture positive : Oui / Non, si oui, date 1<sup>ère</sup> hémoculture : /\_/\_/\_/ Identification germe : ... ..

**5. Antibiogramme :** date du résultat : /\_/\_/\_/

Entérobactérie espèce : ... ..									Répondre sous le format : S / I / R rendu au clinicien															
AM	AMC	TIC	TCC	MEC	TEM	PIP	TZP	CFD	FOX	C3G	CAZ	CEP	CFM	IMP	ERT	AN	GM	NAL	OFX	CIP	COT	FUR	FOS	BLSE
																								OUI/NON
Pseudomonas : espèce : ... ..																								
TIC	TCC	PIP	TZP	CAZ	CEP	ATM	IMP	MER	GM	TM	AN	CIP	COL	FOS										
Entérocoque/ Streptocoque espèce : ... ..																								
AM	GM	ERY	NOR	CIP	COT	RIF	VA	TEC	FUR	FOS														
Staphylocoque espèce : ... ..																								
PEN	OXA	GM	ERY	CLI	NOR	CIP	FUC	COT	RIF	VA	TEC	FUR	FOS											
Autres espèce : ... ..																								
AM	AMC	TIC	TCC	MEC	TEM	PIP	TZP	CFD	FOX	C3G	CAZ	CEP	CFM	IMP	ERT	AN	GM	NAL	OFX	CIP	COT	FUR	FOS	

6. Antibiotique(s) prescrit(s)	Date de début	Date de fin (prescrite ou observée)	Voie d'administration
ATB 1 : ... ..			PO / IM / IV
ATB 2 : ... ..			PO / IM / IV
ATB 3 : ... ..			PO / IM / IV
ATB 4 : ... ..			PO / IM / IV



(fiche entièrement complétée à saisir en une seule fois en ligne – pas de correction possible une fois validée en ligne)