

Numéro d'identification

✂ -----

Etablissement

Numéro d'identification Code de l'établissement (C.CLIN-Ouest)

Statut Type

Patient

Discipline Spécialité du service ou du lit (voir code annexe 3)

Unité

Date de naissance

Sexe 1.M 2.F

Date entrée établissement

Date entrée unité

- Provenance du malade : 1. Venu du domicile ou d'un établissement non sanitaire
 2. Transféré d'un autre établissement de santé 3. Transféré d'un autre service de l'établissement
 5. Autre (en clair)

Hospitalisation antérieure (<1an) : 1. Oui 2. Non 9. Inconnu

Antécédents d'un même germe (SARM ou d'entérobactérie résistante aux C3G) : 1. Oui 2. Non 9. Inconnu

Prélèvements (a visée diagnostique uniquement)

BMR retrouvée (voir code en annexe 4)

Date du premier prélèvement

Lieux de prélèvement (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|---|---|
| 01. Pus superficiel (peau) <input type="checkbox"/> | 02. Pus profond (os, articulations) <input type="checkbox"/> | 03. Pus profond (tissus mous, sous-cutané) <input type="checkbox"/> |
| 04. Péritoine <input type="checkbox"/> | 05. Urines <input type="checkbox"/> | 06. Hémoscultures <input type="checkbox"/> |
| 07. Crachats, trachée <input type="checkbox"/> | 08. Poumons (brosse, lavage) <input type="checkbox"/> | 09. Plèvre <input type="checkbox"/> |
| 10. LCR <input type="checkbox"/> | 11. Dispositifs intra-vasculaires (cathéters, chambres implantées) <input type="checkbox"/> | 12. Site opératoire <input type="checkbox"/> |
| 13. Escarre <input type="checkbox"/> | 14. Autres <input type="checkbox"/> (précisez : | |

- Origine de la souche 1. Acquis dans le service 2. Potentiellement importée dans le service
 3. Importée d'un autre établissement 4. Importée d'un autre service de l'établissement (annexe 3)

