

Fiche de signalement BHR en établissement de santé (version 2017) à transmettre sans délai à l'ARS et au CPIas dont dépend votre établissement

Rappel : Selon le décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins, certains cas d'infections associées aux soins doivent être signalés conjointement à l'ARS et au CPIas dont dépend votre établissement. L'épisode qui doit être signalé peut être constitué de plusieurs cas d'infections associées aux soins, notamment lorsque les caractéristiques ou modalités de survenue du ou des premiers cas ne permettent pas d'emblée de répondre aux critères énoncés ci-dessous.
Une copie de cette fiche doit être insérée dans le dossier médical du (des) patient(s) concerné(s).

1 Données administratives

Etablissement de santé :

Code FINESS Etablissement : ... | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse :

.....

Code postal : | | | | | | |

Ville :

Statut : ☐ Public ☐ Privé

☐ Privé d'intérêt collectif

Type : ☐ CHR/CHU ☐ CH/CHG ☐ CH (Ex H. Local)
☐ MCO ☐ SSR ☐ SLD ☐ HIA
☐ CLCC ☐ HAD ☐ CHS/Psy ☐ Autre

Date du signalement : | | | | | | | |

Personne responsable du signalement :

(si différente du praticien en hygiène)

Nom/Prénom :

Fonction :

Tel : | | | | | | | |

Fax : | | | | | | | |

Courriel :

Praticien en hygiène

(ou à défaut représentant de l'EOHH)

Nom/Prénom :

Fonction :

Tel : | | | | | | | |

Fax : | | | | | | | |

Courriel :

2 Description de l'évènement

Evènement n° | | | | | - | | | | | (1)

Informations à renseigner pour le 1^{er} cas identifié

Date du 1^{er} prélèvement positif : | | | | | | | |

Type de prélèvement : ☐ Dépistage rectal ☐ Urine ☐ Dispositif intravasculaire ☐ Hémoculture ☐ Liquide céphalo-rachidien
☐ Prélèvement respiratoire non protégé ☐ Prélèvement respiratoire protégé ☐ Pus profond ou séreuse (en tube, écouvillon exclu)
☐ Autre (y compris pus superficiel, écouvillon) ☐ Inconnu

• Microorganisme(s) en cause et mécanisme(s) de résistance :

• Spécialité(s) du (des) service(s) concerné(s) et date(s) d'entrée :

• Provenance du patient : ☐ Domicile ☐ EHPAD ☐ Autre service de l'établissement ☐ Autre établissement de santé

Précisez :

• Lien avec l'étranger : ☐ Aucun ☐ Inconnu ☐ Rapatriement sanitaire ☐ Antécédent d'hospitalisation à l'étranger < 1 an
☐ Voyage à l'étranger < 1 an (sans hospitalisation) ☐ Résidence à l'étranger ☐ Autre

Pays :

Précisions :

• Souche envoyée à un CNR ou laboratoire expert : ☐ Non ☐ Oui Si Oui, date : | | | | | | | |

Quel CNR ou laboratoire expert :

Si envoi au CNR, numéro de souchier CNR :

(1) : AAAA-X, où est l'année et X le X^{ième} évènement signalé par l'établissement depuis le début de l'année.

③ Investigations et mesures

- **Mesures mises en place dès l'admission du 1^{er} cas dans l'établissement :**

- ☐ Précautions standards ☐ Précautions complémentaires contacts (PCC)
☐ PCC + Marche en avant ☐ PCC + Personnel paramédical dédié

- **Mesures mises en place après la découverte de la BHRe chez le 1^{er} cas :**

- ☐ Précautions complémentaires contacts (PCC) ☐ PCC + Marche en avant ☐ PCC + Personnel paramédical dédié

- **Dépistage des patients contacts :** ☐ Oui ☐ Non ☐ Non applicable

Mesures mises en place pour les patients contacts :

- ☐ Non applicable ☐ PCC ☐ PCC + Marche en avant ☐ PCC + Personnel paramédical dédié

Des cas secondaires ont-ils été identifiés ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre total de cas : | | | |

Date du dernier cas identifié : | | | | | | | |

Nombre de décès imputables : | | | |

Nombre d'infections : | | | |

- **Transfert du/des patient(s) porteur(s) :** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, établissements d'aval informé(s) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- **Transfert de patient(s) contact(s) :** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, établissements d'aval informé(s) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- **Mode de repérage des cas :** ☐ Aucun ☐ Listing manuel ☐ Alerte informatique

- **Mode de repérage des contacts :** ☐ Aucun ☐ Listing manuel ☐ Alerte informatique

- **Besoin d'expertise extérieure :** ☐ Oui ☐ Non

Commentaires additionnels du praticien en hygiène (ou à défaut d'un représentant de l'EOHH) :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à : **le :** | | | | | | | |

Signature :