

Enquête inter régionale *E.cloacae* βLSE

QUESTIONNAIRE BMR : *ENTEROBACTER CLOACAE*

Date du premier prélèvement positif : __/__/____ Type de prélèvement⁸ : _____
 Prélèvement à visée diagnostique : Prélèvement de dépistage :

1 - MESURES DE CONTROLE MISES EN PLACE EN REANIMATION AUTOUR DU (DES) CAS

1.1 - Recherche active d'autres cas

- Rétrospectivement à partir des données du laboratoire : Oui Non
- Dépistage actif des patients contacts présents dans le service ou l'unité de soins² : Oui Non
- Dépistage actif des patients contacts présents dans d'autres services de l'ES¹ : Oui Non

1.2 - Mesures de contrôle autour du (des) cas

Précautions complémentaires de type contact	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de mise en œuvre : __/__/____
Patient (s) en chambre seule	<input type="checkbox"/> Oui	Date de mise en œuvre : __/__/____
Sectorisation géographique (secteur « cas ») ⁴	<input type="checkbox"/> Oui	Date de mise en œuvre : __/__/____
	<input type="checkbox"/> Partiel ⁵ <input type="checkbox"/> Non	Date d'arrêt : __/__/____
Equipe para-médicale dédiée (infirmier, aide soignant) ⁴	<input type="checkbox"/> Oui, jour et nuit 7 jours/7	Date de mise en œuvre : __/__/____
	<input type="checkbox"/> Partiel ⁵ <input type="checkbox"/> Non	Date d'arrêt : __/__/____
Equipe médicale dédiée ⁴	<input type="checkbox"/> Oui, jour et nuit 7 jours/7	Date de mise en œuvre : __/__/____
	<input type="checkbox"/> Partiel ⁵ <input type="checkbox"/> Non	Date d'arrêt : __/__/____

2. QUESTIONNAIRE PATIENT

- Date d'admission du cas dans l'ES¹ : __/__/____

- Date d'admission du cas dans le service : __/__/____

- Modalités d'admission du cas dans le service :

- Directe du domicile Directe d'un établissement non sanitaire (ex : EHPAD)
- Transfert interne Transfert d'un autre ES¹ (Français ou étranger)

- Infection / colonisation à *E. cloacae* : Infection⁶ Colonisation⁷

- Infection ou colonisation connue lors de son admission dans le service ?

- Oui Non Ne sait pas

- Infection ou colonisation à une autre bactérie multirésistante associée

- Oui Non Ne sait pas

Préciser la bactérie : _____

- Mode de sortie du cas

- Sortie dans un établissement non sanitaire (ex : EHPAD)
- Transfert vers un autre service de l'ES¹
- Transfert vers un autre ES¹
- Décès

Date de sortie du service : __/__/____

Commentaires :

¹ ES : Etablissement de santé

² Un service est défini comme l'ensemble des patients qui partagent (jour et nuit) la même équipe soignante.

³ polyvalente, médicale, chirurgicale, adulte, pédiatrique

⁴ Ces mesures peuvent être mises en place en cas d'épidémie

⁵ Mise en place partielle des mesures de contrôle : Détaillez dans la zone commentaire

⁶ Infection: présence d'*E.coliace* β LSE sur un prélèvement à visée diagnostique et signes cliniques et microbiologiques d'infection

⁷ Colonisation : tout prélèvement à visée de dépistage et les prélèvements à visée diagnostique pour lesquels l'*E.coliace* β LSE n'est pas responsable de la pathologie présentée par le patient

⁸ Type de prélèvement :

a - Pus superficiel (peau) autre que site opératoire

b - Pus profond (os, articulations) autre que site opératoire

c - Pus profond (tissus mous, sous-cutané) autre que site opératoire

d - Urines

e - Hémoculture

f - Crachats, trachée

g - Poumons (brosse, lavage)

h - Plèvre

i - LCR

j - Dispositifs intra-vasculaires (cathéters, chambres

implantées)

k - Site opératoire profond (os, articulation)

l - Site opératoire profond (autre)

m - Site opératoire superficiel

n - Escarres

o - Autre à préciser