

# 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  H. Local  CHS/Psy

MCO  SSR  SLD  HIA

CLCC  HAD  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<sup>er</sup> cas identifié

Date du 1<sup>er</sup> 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 et AAAA est l'année et X le X<sup>ième</sup> évènement signalé par l'établissement depuis le début de l'année.

## ③ Investigations et mesures

- **Mesures mises en place dès l'admission du 1<sup>er</sup> 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 BHRé chez le 1<sup>er</sup> 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 : .....