

Fiche de signalement des Infections Associées aux Soins en ES (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 Critères de signalement (à cocher obligatoirement, une ou plusieurs cases)

1. Infection associée aux soins, inattendue ou inhabituelle, du fait :

1.a. De la nature, des caractéristiques ou du profil de résistance aux anti-infectieux de l'agent pathogène en cause

Agent pathogène envoyé à un CNR ou laboratoire expert Non Oui

Si Oui, date : | | | | | | | | | | Quel CNR ou laboratoire expert :

1.b. De la localisation de l'infection ou des circonstances de survenue de l'infection chez les personnes atteintes

2. La survenue de cas groupés d'infections associées aux soins

Précisez :

3. L'infection associée aux soins a provoqué un décès

4. L'infection associée aux soins fait également l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en application de l'article R. 3113-2

D.O. faite pour cette maladie : Non Oui Date : | | | | | | | | | |

• Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas Non Oui, précisez alors type(s) et date :

bio- cosméto- hémato- matério- pharmaco- réactio-vigilance Date : | | | | | | | | | |

EIG (portail des signalements) Date : | | | | | | | | | |

3 Description de l'évènement

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

A la date du signalement : Nombre de cas : | | | | | | | | dont décédés : | | | | | | | |

Date du 1er cas : | | | | | | | | | | Si plusieurs cas, date du dernier cas connu : | | | | | | | | | |

A la clôture du signalement : Nombre total de cas : | | | | | | | | dont décédés : | | | | | | | | date du dernier cas connu : | | | | | | | | | |

Cet évènement se rapporte-t-il à un évènement déjà signalé ? Non Oui Si oui, date de signalement : | | | | | | | | | |

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

- **Cas groupés ou épidémie :** Non Oui
- **Type de cas :** Infection(s) Colonisation(s)
- **Population concernée :** Patient(s) Personnel(s)
- **Caractère associé aux soins :** Certain Probable Possible
- **Origine du (des) cas :** Acquis dans l'établissement Importé(s)
- Autre(s) établissement(s) concerné(s) : Non Oui Si oui, le(s)quel(s) :
-
- **Site(s) anatomique(s) :**
-
- **Microorganisme(s) en cause :**
-
- Profil de résistance (joindre l'antibiogramme si besoin, notamment si critère 1a) :
-
- **Spécialité(s) du (des) service(s) concerné(s) :**
-

④ Investigations réalisées à la date du signalement

Non Oui En cours

- Précisez :

.....

- **Hypothèse sur la cause de l'évènement :** Non Oui

- Précisez :

.....

- **Actions d'amélioration :**

Prises à la date de signalement Non Oui Sans objet

A programmer : Non Oui Ne sait pas Sans objet

- Précisez :

.....

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

- Précisez :

.....

- **Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé :** Non Oui En cours Sans objet

- Précisez :

.....

⑤ Informations complémentaires (joindre tout document utile, établi par l'établissement et rendu anonyme)

Justification des critères de signalement, description de l'évènement

(éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, n° de fiche vigilance éventuel, etc.) :

.....

.....

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

.....

.....

Fait à : le : | | | | | | | | | | Signature :