

**ENP 2024 EN EHPAD**

**ÉTUDES DE CAS CLINIQUES**

**Formation des enquêteurs**



# CAS CLINIQUE N° 1



**Date enquête : 22/05/2024 après-midi**

Mme Odile Soulié, 89 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Jolies Fleurs depuis plus d'un an. Elle se porte généralement bien et n'a pas été hospitalisée depuis qu'elle est dans l'EHPAD. Elle était au lit à 8h du matin. Elle a besoin d'un fauteuil roulant. Elle n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Elle est orientée et continente.

- Le 15/05 : elle s'est plainte de douleurs à la miction. Par ailleurs, elle allait bien et n'avait pas de température. Le test de bandelette urinaire a montré un résultat positif pour les nitrites et les leucocytes.
- Le 16/05 : un ECBU a été réalisé et a été envoyé au laboratoire pour analyse le même jour.
- Le 17/05 : Les résultats microbiologiques identifient *Escherichia coli* > 10<sup>5</sup> UFC sensible à tous les antibiotiques testés sans autre mention du laboratoire. Le médecin traitant lui prescrit le jour même de l'Amoxicilline 1 g trois fois par jour pendant 7 jours.
- Le 19/05 : le médecin traitant est revenu voir Mme Soulié qui se sent bien et ne présente plus de signes cliniques.
- Le 22/05, le jour de l'enquête Mme Soulié va bien, Dans son dossier médical, il n'y aucune mention relative à son traitement antibiotique depuis la prescription initiale d'amoxicilline.

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RÉSIDENTE A-T-ELLE ÉTÉ INFORMÉE DE CETTE ENQUÊTE ?

- OUI : je peux étudier son éligibilité à l'enquête

### LA RÉSIDENTE EST-ELLE ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- Hébergement permanent
- Présente à 8h le matin dans l'EHPAD
- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Amoxicilline prescrit le jour du traitement
- Classe d'anti-infectieux ciblée par l'enquête
- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je renseigne la partie dédiée

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques MAIS traitement général de l'infection toujours en cours
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée

## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
**ET** au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
**ET** au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU**
- ECBU **réalisé ET** :
  - Au moins 10<sup>3</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU**
  - Au moins 10<sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes **ET** ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)**
- Signes/symptômes **ET** ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)**

## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU
- ECBU réalisé ET :
  - Au moins 10<sup>3</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU
  - Au moins 10<sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes ET ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)**
- Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)**

## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU
- ECBU réalisé ET :
  - Au moins 10<sup>3</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU
  - Au moins 10<sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes ET ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)**
- Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)**

## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

**AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :**

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
ET au moins un des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
ET au moins deux des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU
- ECBU réalisé ET :
  - Au moins  $10^3$  UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU
  - Au moins  $10^2$  UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes ET ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)**
- Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)**



## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
ET au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
ET au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU
- ECBU réalisé ET :
  - Au moins  $10^3$  UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU
  - Au moins  $10^2$  UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes ET ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)**
- Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)**





Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois)

Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Annexe 3. Liste des anti-infectieux  
p.51

Les dénominations communes internationales (DCI) et leur classification ATC.

Liste alphabétique des DCI et noms commerciaux

Libellé DCI / nom commercial	Code ATC
ABBOTICINE	J01FA01
ABELCET	J02AA01
ACIDE FUSIDIQUE	J01XC01
ADIAZINE	J01EC02
ALFATIL	J01DC04
AMBISOME	J02AA01
AMIKACINE	J01GB06
AMIKLIN	J01GB06
AMODEX	J01CA04
AMOXICILLINE	J01CA04
AMOXICILLINE/ AC. CLAVULANIQUE	J01CR02

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophylaxie) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<u>Si CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
<u>Si JCAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
<small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>									



Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu (dans les 3 mois)

Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu (dans les 30 jours)

Présence d'escarre :  Non  Oui

Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique  Midline  Sou...

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Anti-infectieux

Nom de l'AI (DCL, ATC, nom commercial) : J01CA04

Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) : O

Durée prévue du traitement (en jours) : 7

Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) : Curatif

Diagnostic associé au traitement : URI

Réévaluation de l'antibiothérapie : NON (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)

Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) : EMS

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

Infection associée aux soins

Site(s) infectieux :

URI1

p.43, p.56 et 57

Si CLOD, acquisition de

Infection dans l'établissement :  Certaine  Possible

Certaine  Possible

Certaine  Possible

CONFIRMATION DE L'INFECTION

Signes/symptômes ET ECBU positif :

INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)

Signes/symptômes ET ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus :

INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)

résistances sont à renseigner

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Localisation	Code	Libellé
Infections urinaires	URI1	Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)
	URI2	Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)
Infections gastro-intestinales	GAST	Gastro-entérite
	CLOD	Infection à <i>Clostridioides difficile</i>
Infections respiratoires	PNE1	Pneumonie confirmée (par examen radiologique)
	PNE2	Pneumonie probable (par diagnostic clinique)
	RESP	Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)
	GRI1	Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)
Infections ORL	GRI2	Grippe probable (syndrome grippal)
	COVA	Covid-19 asymptomatique
	COVL	Covid-19 symptômes légers à modérés
	COVS	Covid-19 symptômes sévères
	ANGI	Angine à streptocoque du groupe A
Infections cutanées	ORAL	Infection buccale / candidose buccale
	IPTM	Infection de la peau et des tissus mous / cellulite
	HERP	Herpès simplex ou zona
Bactériémie	FONG	Infection fongique
	IESC	Infection d'escarre / plaie chronique
	GAL1	Gale confirmée (par dermatologue et/ou diagnostic parasitologique)
	GAL2	Gale probable
	ICAT	Infection liée à un cathéter
Bactériémie	BACT	Bactériémie confirmée microbiologiquement
Fièvre inexpliquée	FIÉV	Épisode fébrile inexpliqué

p.43

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par  
l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois)

Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 30 jours)

Présence d'escarre :  Non  Oui

Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique  Midline  sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui → p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	Curatif → p.38			
Diagnostic associé au traitement :	URI → p.39			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON → p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS → p.40			

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	URI1 → p.43, p.56 et 57		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			
Micro-organisme(s) :	ESCCOL (Escherichia coli) → p.66		
Sensibilité MO (ATB - SIR) <small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>			
	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3	MO1 MO2 MO3

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu

Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'escarre :  Non  Oui

Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Micro-organisme	Antibiotique testé	Résistance			
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxacilline (OXA) <sup>1</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
	Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
<i>Enterococcus faecium</i> <i>Enterococcus faecalis</i>	Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant <sup>8</sup>	INC - Inconnue
Entérobactéries <sup>7</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
	Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>	Non BLSE	BLSE		INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant <sup>8</sup>	INC - Inconnue
	Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non	Oui		INC - Inconnue
<i>Acinetobacter</i> spp. <i>Pseudomonas</i> spp.	Ceftazidime (CAZ)	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - Inconnue
	Carbapénèmes (CAR)	S - Sensible	I - intermédiaire	R - Résistant	INC - p. 46

Site(s) infectieux :

URI1 → p.43, p.56 et 57

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :

Certaine  Possible

Certaine  Possible

Certaine  Possible

Si CAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :

(CVI, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

MO1 MO2 MO3 MO4 MO5

Micro-organisme(s) :

ESCCOL (*Escherichia coli*) → p.6

Sensibilité MO (ATB - SIR)

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

MO	MO1	MO2	MO3	MO4	MO5
Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible				
Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>	Non BLSE				
Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible				
Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non				



Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par  
l'application

SOULIÉ Odile

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1935

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois)

Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 30 jours)

Présence d'escarre :  Non  Oui

Si oui, précisez le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, précisez le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique  Midline  sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui → p.36

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01CA04 ou amoxicilline → p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O → p.38			
Durée prévue du traitement (en jours) :	7 → p.38			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	Curatif → p.38			
Diagnostic associé au traitement :	URI → p.39			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	NON → p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS → p.40			

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui → p.41

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2	Infection associée aux soins n°3
Site(s) infectieux :	URI1 → p.43, p.56 et 57		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible
Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)			
Micro-organisme(s) :	ESCCOL (Escherichia coli) → p.66		
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>	S Non BLSE S Non		

Date enquête : **22/05/2024 après-midi**

Mme Anne DUCROS, 90 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD du Laurier-Thym depuis 2022. Elle est incontinente et dépendante pour la toilette. Elle n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Elle est orientée et se déplace en fauteuil.

- Le 17 mai, lors de la réalisation de la toilette, l'aide soignante constate lors de l'ablation du change que les urines sont malodorantes. Après avis pris de l'IDE, une bandelette urinaire (BU) est réalisée. La BU revient positive aux leucocytes ++. L'IDE prévient le médecin traitant qui prescrit un Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU)
- Le 22 mai, lors du passage de l'enquêteur, les résultats de l'ECBU n'ont pas encore été transmis au médecin traitant.
- Le lendemain de l'enquête, l'enquêteur est appelé par l'IDE car elle vient de recevoir les résultats de l'ECBU qui montrent la présence d'un *Escherichia coli* à un taux de  $10^3$  UFC/ml présentant une résistance aux *Bêtalactamines* (BLSE) associée à un taux de leucocytes à  $10^4$  /ml.
- La résidente ne présente aucun signe clinique en faveur d'un épisode infectieux ni de signes de désorientation ou de plaintes inhabituelles depuis le 17 mai.

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RÉSIDENTE A-T-ELLE ÉTÉ INFORMÉE DE CETTE ENQUÊTE ?

- L'EHPAD a informé les familles et les résidents de la réalisation de l'enquête en précisant que sauf avis contraire de leur part, le résident serait inclus dans l'enquête

### LA RÉSIDENTE EST-ELLE ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- NON : je coche la case NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je passe à la partie « Infection associée aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques le jour de l'enquête MALGRE une BU et un ECBU positifs
- Je vérifie les critères retenus pour l'infection urinaire
- NON : je coche NON en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » **et la fiche est complète et validée** 😊

## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
**ET** au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
**ET** au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU**
- ECBU **réalisé ET** :
  - Au moins 10<sup>3</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU**
  - Au moins 10<sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes **ET** ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (UR1)**
- Signes/symptômes **ET** ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (UR2)**

Identification du résident

Date de l'enquête : 22/05/2024

ID résident :

Donné par l'application

N° DUCROS Anne :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1934

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie : 1

Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu (dans les 3 mois)

Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu (dans les 30 jours)

Présence d'escarre :  Non  Oui

Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :				
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :				
Durée prévue du traitement (en jours) :				
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :				
Diagnostic associé au traitement :				
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h) :				
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :				

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :									
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)									
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
<small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>									

la fiche est complète et validée 😊

Date enquête : **18/06/2024 matin**

Monsieur Pierre ANTOINE âgé de 84 ans vit à l'EHPAD du Lac secteur NEIGE depuis 1 mois. Il est désorienté, se déplace en fauteuil et est incontinent.

- Il a été hospitalisé, il y a 7 jours aux urgences pour un état confusionnel et chute. Aux urgences, un traitement par Ceftriaxone IM a été instauré après ECBU en raison d'une bandelette urinaire positive (leuco. ++ et nitrites ++), associée à un état fébrile ( $T^{\circ} 39^{\circ}\text{C}$ ). Le diagnostic retenu est celui d'une prostatite aiguë. Le service des urgences a adressé au médecin traitant le résultat de l'ECBU qui retrouve un *Escherichia coli* à  $10^7$  UFC/ml présentant une résistance aux Bêtalactamines (BLSE) associé à un taux de leucocytes à  $10^6$ /ml.
- 48h avant l'enquête (16/06), le médecin traitant a pris l'avis de l'urologue puis réévalué le traitement antibiotique. Le traitement par ceftriaxone a été remplacé par ciprofloxacine 500 mg x 2 per os, pour une durée de traitement de 14 jours.
- Le 17/06 (La veille de l'enquête), le résident présente un épisode diarrhéique important (3 selles liquides depuis le matin). Une recherche de toxines de *Clostridioides difficile* (CD) a été demandée.
- Le 19/06 (le lendemain de l'enquête), la recherche de toxines de CD revient positive.

## QUESTIONS À SE POSER

### LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- NON : je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et renseigne la partie dédiée.

### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

Demander la lettre de sortie des urgences pour étayer le diagnostic de prostatite.  
Récupérer le résultat de la recherche de toxine

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et renseigne la partie dédiée

## INFECTIONS URINAIRES

Résident **sans** cathéter urinaire

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) :

- 1. Dysurie OU douleur aiguë, gonflement ou sensibilité des testicules, de l'épididyme ou de la prostate
- 2. Fièvre\* OU leucocytose\*\*  
**ET** au moins **un** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité aiguë à l'angle costo-vertébral
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle
- 3. Absence de fièvre\* et de leucocytose\*\*  
**ET** au moins **deux** des signes de localisation urinaires suivants :
  - Douleur/sensibilité au niveau de la région sus-pubienne
  - Hématurie macroscopique
  - Aggravation/apparition d'une incontinence
  - Aggravation/apparition de l'augmentation de l'impériosité mictionnelle
  - Aggravation/apparition récente de la fréquence mictionnelle

### EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

- Non réalisé, négatif ou résultats inconnus
- OU**
- ECBU **réalisé ET** :
  - Au moins 10<sup>3</sup> UFC/ml d'un maximum de 2 espèces de micro-organismes dans un échantillon d'urine mictionnelle
  - OU**
  - Au moins 10<sup>2</sup> UFC/ml d'un nombre quelconque d'organismes dans un échantillon prélevé par sondage

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Signes/symptômes **ET** ECBU positif : **INFECTION URINAIRE CONFIRMÉE (URI1)**
- Signes/symptômes **ET** ECBU non réalisé, négatif ou résultats inconnus : **INFECTION URINAIRE PROBABLE (URI2)**

## INFECTION À CLOSTRIDIODES DIFFICILE

**UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1, 2 ou 3) DOIT ÊTRE REMPLI :

- 1 Selles diarrhéiques ou mégacolon toxique **ET** analyse biologique positive pour la/les toxine(s) A et/ou B de *C. difficile* dans les selles ou organisme *C. difficile* producteur de toxine détecté dans les selles par culture ou d'autres moyens, p. ex. résultat PCR positif
- 2 Colite pseudomembraneuse révélée par endoscopie gastro-intestinale basse
- 3 Histopathologie du côlon caractéristique de l'infection à *C. difficile* (avec ou sans diarrhée) sur un échantillon prélevé lors d'une endoscopie ou d'une colectomie

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis : **INFECTION CONFIRMÉE (CLOD)**

**Préciser le degré de certitude que l'infection soit acquise dans l'établissement enquêté dans la variable correspondante**



Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin  
 Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR  
 Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) :  Non  Oui  Inconnu  
 Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, précisez le grade :  1  2  3  4  
 Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
 Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu  
 Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui  
 Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui  
 Si oui, précisez le (les) type(s) de cathéter(s) :  
 Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01MA04 ou CIPROFLOXACIN	
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O	
Durée prévue du traitement (en jours) :	14 J	
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	curatif	
Diagnostic associé au traitement :	GEN p.39	
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h) :	?	
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS	

Code	Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux
URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aiguës, abcès rénaux)
BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
PNE	Pneumonie
DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
FEB	Fièvre inexpliquée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documentée ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
GEN	Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épидидymite, infection sexuellement transmissible)
OPH	Infection oculaire (endophtalmie)
ORL	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)
OST	Infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)
PTM	Infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)
SNC	Infection du système nerveux central
SYS	Infection systémique
INC	Diagnostic inconnu

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

	Infection associée aux soins n°1	Infection associée aux soins n°2			
Site(s) infectieux :	URI1 p.57	CLOD p.58			
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible	<input checked="" type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			
Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)					
MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :					
Sensibilité MO (ATB - SIR) :					

S'applique pour la ciprofloxacine. Les traitements anti-infectieux curatifs dont la durée en intention de traitée est supérieure à 3 jours mais qui sont administrés aux résidents le jour de l'enquête depuis moins de 3 jours, doivent être complétés de manière différée, c'est-à-dire après la date de l'enquête, afin de documenter la réévaluation de l'antibiothérapie au 3<sup>e</sup> jour. Voir FAQ

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin  
 Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR  
 Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) :  Non  Oui  Inconnu  
 Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, précisez le grade :  1  2  3  4  
 Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
 Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu  
 Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui  
 Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui  
 Si oui, précisez le (les) type(s) de cathéter(s) :  
 Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	J01MA04 ou CIPROFLOXACINE		p.51	
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	O			
Durée prévue du traitement (en jours) :	14 J			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	curatif			
Diagnostic associé au traitement :	GEN p.39			
Réévaluation de l'antibiothérapie (Non, Oui < 72h, Oui > 72h) :	A compléter ultérieurement			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	EMS			

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	URI1 p.57			CLOD p.58					
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input checked="" type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
Si JCAT, type de cathéter à l'origine de l'infection (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI) :									
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
<small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>									



# CAS CLINIQUE N° 4



**Date enquête : 22/05/2024 matin**

M. Claude JEAN, âgé de 84 ans, vit à l'EHPAD des Roses depuis 1 mois après une hospitalisation de 15 jours en SSR. Il est dénutri et présente des difficultés de déglutition depuis son admission à l'UHR. Il est dépendant pour la prise des repas, souvent désorienté et déambulant. Il est incontinent et porte un étui pénien.

- Le 12 mai, il a présenté une hyperthermie (Température : 38,5 °C) associée à l'apparition d'une toux et des expectorations purulentes. Devant la présence d'une désaturation (SaO<sub>2</sub> à 80%), M. Jean a été adressé au service des urgences du Centre hospitalier du territoire de santé.
- Du 12 mai au 20 mai, il est hospitalisé en court séjour gériatrie.
- Le 20 mai, il revient en EHPAD avec un traitement par Ceftriaxone 1g par jour en IM pour une durée restante de 48h00.
- Lors du passage de l'enquêteur, le résident est à J5 du traitement par antibiotique (la dernière prise étant prévue le soir même)
- Il présente une évolution favorable (T° ≤ 37,8 °C, FC ≤ 100/min, SaO<sub>2</sub> ≥ 90%).
- L'enquêteur demande au médecin coordonnateur de récupérer auprès du Centre Hospitalier les résultats des examens de laboratoire et le compte-rendu d'hospitalisation. Ces éléments confirment la présence d'une pneumonie. L'ECBC réalisé aux urgences a permis d'identifier un *Escherichia coli* sensible ≥ 10<sup>7</sup> UFC/ml associé à des polynucléaires neutrophiles (> 25/champ). Dans le compte-rendu est indiqué une réévaluation clinique de l'efficacité de l'ATB le 19/05/2024.

## QUESTIONS À SE POSER

### LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- L'étui pénien n'est pas un dispositif invasif
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Ceftriaxone depuis 5j (dernière injection le jour de l'enquête)
- Classe d'anti-infectieux ciblée par l'enquête
- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je renseigne la partie dédiée

### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques le jour de l'ENP MAIS traitement général de l'infection toujours en cours
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » » et je renseigne la partie dédiée

## PNEUMONIE

### SIGNES/SYMPTÔMES

LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- 1. Au moins **un** des signes ou symptômes respiratoires suivants :
  - Apparition/aggravation récente d'une toux
  - Apparition/aggravation récente d'expectorations purulentes
  - Saturation en O<sub>2</sub> < 94 % ou réduite de > 3 % par rapport à l'inclusion
  - Examen pulmonaire anormal (nouveau ou modifié)
  - Douleur thoracique pleurétique
  - Fréquence respiratoire ≥ 25 respirations/min

**ET**

- 2. Au moins **un** des signes/symptômes constitutionnels :
  - Fièvre \*
  - Leucocytose \*\*
  - Altération brutale de l'état mental §
  - Perte brutale d'autonomie §§

Absence d'autres pathologies, telles qu'une insuffisance cardiaque chronique, pouvant expliquer les symptômes

- Résident **avec** une radiographie thoracique POSITIVE pour une pneumonie ou un nouvel infiltrat
- OU**
- Diagnostic de l'infection fait par le clinicien

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères des signes/symptômes remplis ET radiographie thoracique positive :  
**PNEUMONIE CONFIRMÉE (PNE1)**
- Critères des signes/symptômes remplis ET diagnostic fait par le clinicien :  
**PNEUMONIE PROBABLE (PNE2)**

### PNEUMOPATHIE D'INHALATION

Les **troubles de la déglutition conduisant à des pneumopathies d'inhalation** sont codées comme **pneumonies probables (PNE2)**.

## PNEUMONIE

### SIGNES/SYMPTÔMES

LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

1. Au moins un des signes ou symptômes respiratoires suivants :
- Apparition/aggravation récente d'une toux
  - Apparition/aggravation récente d'expectorations purulentes
  - Saturation en O<sub>2</sub> < 94 % ou réduite de > 3 % par rapport à l'inclusion
  - Examen pulmonaire anormal (nouveau ou modifié)
  - Douleur thoracique pleurétique
  - Fréquence respiratoire ≥ 25 respirations/min
- ET
2. Au moins un des signes/symptômes constitutionnels :
- Fièvre \*
  - Leucocytose \*\*
  - Altération brutale de l'état mental §
  - Perte brutale d'autonomie §§

Absence d'autres pathologies, telles qu'une insuffisance cardiaque chronique, pouvant expliquer les symptômes

- Résident avec une radiographie thoracique POSITIVE pour une pneumonie ou un nouvel infiltrat
- OU
- Diagnostic de l'infection fait par le clinicien

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères des signes/symptômes remplis ET radiographie thoracique positive :  
**PNEUMONIE CONFIRMÉE (PNE1)**
- Critères des signes/symptômes remplis ET diagnostic fait par le clinicien :  
**PNEUMONIE PROBABLE (PNE2)**

### PNEUMOPATHIE D'INHALATION

Les **troubles de la déglutition conduisant à des pneumopathies d'inhalation** sont codées comme **pneumonies probables (PNE2)**.

# Enquête nationale de prévalence 2024

## Questionnaire résident



### Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application  ant :

### Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois) (dans les 30 jours)

Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

### Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :  
 Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané

### Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

Anti-infectieux n°1

Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :  A

Voie d'administration (IV, IM, SC, O, OI) :

Durée prévue du traitement (en jours) :

Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :

Diagnostic associé au traitement :

Réévaluation de l'antibiothérapie :  p.40

Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :

Code	Diagnostics associés aux traitements anti-infectieux
URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aiguës, abcès rénaux)
BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
PNE	Pneumonie
DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
FEB	Fièvre inexpiquée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
GEN	Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épидидymite, infection sexuellement transmissible)
OPH	Infection oculaire (endophtalmie)
ORL	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)
OST	Infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)
PTM	Infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)
SNC	Infection du système nerveux central
SYS	Infection systémique
INC	Diagnostic inconnu

p. 39

### Infection(s) associée(s) aux soins Non Oui

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :									
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner									



# Enquête nationale de prévalence 2024

## Questionnaire résident



### Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application  Prénom :

### Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

### Dispositif(s) invasif(s) Non Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :  Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

### Traitement(s) anti-infectieux Non Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, OI)	IM			
Durée prévue du traitement (en jours)	5 jours			
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl)	Curatif			
Diagnostic associé au traitement	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre)	ES			

### Infection(s) associée(s) aux soins Non Oui

Site(s) infectieux :

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :

(CVF, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

MO1	MO2	MO3	MO4

Micro-organisme(s) :

Sensibilité MO (ATB - SIR) :

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

Localisation	Code	Libellé
Infections urinaires	URI1	Infection urinaire confirmée microbiologiquement (ECBU positif)
	URI2	Infection urinaire probable sans confirmation microbiologique (ECBU non fait, non retrouvé ou négatif)
Infections gastro-intestinales	GAST	Gastro-entérite
	CLOD	Infection à <i>Clostridioides difficile</i>
Infections respiratoires	PNE1	Pneumonie confirmée (par examen radiologique)
	PNE2	Pneumonie probable (par diagnostic clinique)
	RESP	Infection respiratoire basse hors pneumonie (trachéo-bronchite, bronchite, exacerbation bronchite chronique)
	GR1	Grippe confirmée (par diagnostic viral ou lien épidémiologique)
	GR2	Grippe probable (syndrome grippal)
	COVA	Covid-19 asymptomatique
	COVL	Covid-19 symptômes légers à modérés
	COVS	Covid-19 symptômes sévères
Infections ORL	ANGI	Angine à streptocoque du groupe A
	ORAL	Infection buccale / candidose buccale
Infections cutanées	IPTM	Infection de la peau et des tissus mous / cellulite
	HERP	Herpès simplex ou zona
	FONG	Infection fongique
	IESC	Infection d'escarre / plaie chronique
	GAL1	Gale confirmée (par dermatologue et/ou diagnostic parasitologique)
	GAL2	Gale probable
Bactériémie	BACT	Bactériémie confirmée microbiologiquement
Fièvre inexpliquée	FIEV	Épisode fébrile inexpliqué

Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application  ant :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin  
 Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR  
 Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) :  Non  Oui  Inconnu  
 Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4  
 Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
 Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu  
 Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui  
 Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui  
 Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :  
 Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, O):	IM			
Durée prévue du traitement (en jours):	5 jours			
Contexte de prescription (Curat, Prophyl):	Curatif			
Diagnostic associé au traitement:	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):	ES			

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

Infection associée	Entérobactéries <sup>7</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible
Site(s) infectieux : <b>PNE2 : PI</b> Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : <input type="text"/> (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	Entérobactéries <sup>7</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible
Micro-organisme(s) : <b>ESCOL (E</b>		Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>	Non BLSE
Sensibilité MO (ATB - SIR) : <small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>		Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible
		Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non

Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application  ant :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin  
 Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR  
 Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) :  Non  Oui  Inconnu  
 Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4  
 Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
 Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu  
 Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui  
 Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui  
 Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :  
 Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial)	J01DD04 ou CEFTRIAXONE p.51			
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, I):	IM			
Durée prévue du traitement (en jours):	5 jours			
Contexte de prescription (Curat, Prophyl):	Curatif			
Diagnostic associé au traitement:	PNE			
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	OUI p.40			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre):	ES			

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

Site(s) infectieux : <input type="text" value="PNE2 : PI"/>	Entérobactéries <sup>7</sup>	Céphalosporines de troisième génération (C3G) <sup>3</sup>	S - Sensible
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement : <input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> F		Production de $\beta$ -lactamase à spectre étendu (BLSE) <sup>4</sup>	Non BLSE
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : <input type="text"/>		Carbapénèmes (CAR) <sup>5</sup>	S - Sensible
MO1 MO2		Production de carbapénémase (EPC) <sup>6</sup>	Non
Micro-organisme(s) : <input type="text" value="ESCCOL (E)"/>			
Sensibilité MO (ATB - SIR) : Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner			S Non BLSE S Non

Date enquête : **30/05/2024 matin**

Madame Aline PONS est résidente de l'EHPAD du Pilat depuis 2 ans et âgée de 85 ans. Elle est suivie par l'Oncopole pour un cancer colorectal.

Elle est autonome pour ses déplacements, ne présente pas d'escarre et elle est orientée et continente. Elle a bénéficié, il y a 5 ans de la pose d'une chambre à cathéter implanté.

- Le 27 mai, Elle a été hospitalisée en ambulatoire pour bilan dans le cadre du suivi de son cancer.
- 24 h après son retour d'hospitalisation (28/05), elle a présenté un état grippal avec céphalées, maux de gorge et myalgies. Un test de diagnostic rapide (TROD) a été réalisé et confirme la présence d'un SARS-CoV-2.
- Le jour de l'enquête, l'enquêteur demande à l'IDE de mesurer la saturation en O<sub>2</sub> (SaO<sub>2</sub> = 95 %).
- Par ailleurs, lors de son hospitalisation, en ambulatoire, l'oncologue a prescrit de l'aciclovir en pommade en raison d'un herpès labial évoluant depuis quelques jours (durée de traitement 7 jours).

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RESIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

Cathéter à chambre implantable

- OUI : je coche juste la case OUI en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et je précise le type

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

Les traitements antiinfectieux **locaux** ne sont **pas ciblés** dans l'ENP

- NON : je coche la case NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et je passe à la partie « Infection associée aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

2 IAS à documenter :

- **COVID-19** : Début des signes cliniques 24 h après son hospitalisation en ambulatoire, durée d'incubation moyen pour la COVID-19 (5 jours). Donc exposition en EHPAD et non en ambulatoire. Je vérifie les critères retenus pour les infections COVID-19
  - **Herpès labial**
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée

# CAS CLINIQUE N° 5

## COVID-19

- Le résident dispose d'une analyse biologique confirmant la COVID-19 (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à partir d'un écouvillon oropharyngé ou nasal ou de tout autre échantillon clinique approprié), ou conformément aux définitions nationales des infections en vigueur au moment du suivi

- Asymptomatique** : aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)
- Légère/modérée** :
  - Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - ET
  - Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène  $\geq 92\%$ )
- Sévère** :
  - Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - ET
  - Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène  $< 92\%$ )

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 ASYMPTOMATIQUE (COVA)**
- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL)**  
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES (COVS)**  
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

p. 60

## INFECTION PAR L'HERPÈS SIMPLEX OU ZONA

LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- 1. Éruption cutanée vésiculaire
- ET
- 2. Diagnostic du médecin ou confirmation biologique

### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (HERP)**

p. 62

Identification du résident

Date de l'enquête : 30/05/2024 ID résident :  Donné par l'application

PONS Aline

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1939 Sexe :  Féminin  Masculin  
Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR  
Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois) (dans les 30 jours)  
Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4  
Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu  
Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Asymptomatique : aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés
- Légère/modérée :
  - Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène  $\geq 92\%$
- Sévère :
  - Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 <sup>1</sup>
  - Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène  $< 92\%$

CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis : COVID-19 ASYMPTOMATIQUE (COVA)
- Critères d'infection entièrement remplis : COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL)  
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- Critères d'infection entièrement remplis : COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES (COVS)  
ET rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

Site(s) infectieux : COVL  HERP   
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :     
(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Micro-organisme(s) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sensibilité MO (ATB - SIR) :            
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

Identification du résident

Date de l'enquête : **30/05/2024** ID résident :  Donné par l'application : **PONS Aline**

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : **1939** Sexe :  Féminin  Masculin  
Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR  
Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois) (dans les 30 jours)  
Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4  
Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu  
Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui  
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui  
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :  
 Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

Site(s) infectieux : **COVL**  **HERP**

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :

(CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

MO1	MO2	MO3	MO1	MO1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Micro-organisme(s) :

Sensibilité MO (ATB - SIR) :

Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

INFECTION PAR L'HERPÈS SIMPLEX OU ZONA

LES **DEUX** CRITÈRES SUIVANTS DOIVENT ÊTRE REMPLIS :

- 1. Éruption cutanée vésiculaire
- 2. Diagnostic du médecin ou confirmation biologique

CONFIRMATION DE L'INFECTION

Critères d'infection entièrement remplis : **INFECTION CONFIRMÉE (HERP)**





Identification du résident

Date de l'enquête : **30/05/2024** ID résident :  Donné par l'application

PONS Aline

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : **1939** Sexe :  Féminin  Masculin  
 Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR  
 Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
 (dans les 3 mois) (dans les 30 jours)  
 Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4  
 Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
 Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu  
 Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui  
 Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui  
 Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :  
 Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané

Code	Micro-organisme
VIRCOV	SARS-CoV-2
VIRENT	Enterovirus (polio, coxsackie, echo)
VIRHAV	Hépatite virale A
VIRHBV	Hépatite virale B
VIRHCV	Hépatite virale C
VIRHSV	Virus Herpes simplex
VIRINF	Grippe (virus influenzae)
VIRNSP	Virus non spécifié
VIRROT	Rotavirus
VIRVIH	VIH (virus de l'immunodéficience humaine)
VIRVRS	VRS (virus respiratoire syncytial)
VIRVZV	Virus de la Varicelle et du Zona
YERSPP	Yersinia spp.

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Anti-infectieux n° :   
 Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :   
 Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :   
 Durée prévue du traitement (en jours) :   
 Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :   
 Diagnostic associé au traitement :   
 Réévaluation de l'antibiothérapie :  (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)  
 Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

Site(s) infectieux : **COVL**  **HERP**   
 Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible  Certaine  Possible

Si I/CAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :     
 (CVP, Midline, CVC, CVO, PICC, CCI)

Micro-organisme(s) : **VIRCOV**  **VIRHSV**

Sensibilité MO (ATB - SIR) :           
 Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner

**Date enquête : 28/06/2024 matin**

Monsieur Fernand SIROT, 98 ans, est hébergé à temps plein à l'EHPAD d'Orgeat en UP depuis 1 mois. Il a été hospitalisé le mois précédent son hospitalisation pour AVC ischémique. A l'heure actuelle, il garde des séquelles de cet AVC sur le plan moteur et cognitif. Il souffre d'une insuffisance rénale légère et d'une leucémie lymphoïde chronique évoluant depuis 3 ans. Il est très asthénique, désorienté et incontinent. Il reste alité le plus souvent. Il est porteur d'une sonde urinaire et présente une escarre de grade 2 au niveau inter-fessier. Il n'a pas de cathéter vasculaire.

- Le 27 mai : jour de l'admission de Monsieur Sirot en provenance du service de gériatrie du CH de recours. Monsieur Sirot ne présente pas de signes cliniques particuliers. Dans son dossier, un prélèvement superficiel de son escarre indique la présence d'un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline sans traitement associé ni mention d'infection.
- Le 22 juin : Monsieur Sirot présente des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë sans signes de gravité et le test antigénique Covid revient positif. Le médecin traitant lui prescrit du Paxlovid® pendant 5 jours.
- Le 24 juin : il est hospitalisé au CH de proximité en raison d'une dégradation sur le plan respiratoire.
- Le jour de l'enquête, Monsieur Sirot est toujours hospitalisé.

## QUESTIONS À SE POSER

### LE RÉSIDENT EST-IL INFORMÉ ?

- OUI

### LE RÉSIDENT EST-IL ÉLIGIBLE À L'ENQUÊTE ?

- Hébergement permanent
- Mais **absent** à 8h le matin de l'EHPAD et ce, depuis plus de 48h
- **NON** : je ne renseigne pas le questionnaire.
- Ce résident est exclu de l'enquête.

**Date enquête : 28/06/2024 matin**

Monsieur Alain GIRARD, 95 ans, est hébergé à temps plein à l'EHPAD des Lilas. Il est autonome et continent. Il est traité pour une insuffisance cardiaque et une hypertension artérielle associées à une insuffisance rénale légère. Il n'a pas de sonde urinaire ni de cathéter vasculaire ni d'escarre et ni de plaie. Il a besoin d'un appui à la marche.

- L'EHPAD connaît depuis trois semaines une épidémie de Covid et un dépistage de tous les résidents a été réalisé quelques jours avant l'enquête avec des tests antigéniques. Monsieur Girard n'a pas présenté de symptômes de Covid mais son test s'est révélé positif le 23 juin.
- Le 28/06 (jour de l'enquête), Monsieur Girard est présent dans l'EHPAD à 8 heures va bien et n'a pas de traitement anti-infectieux prescrit.

## QUESTIONS À SE POSER

### LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- Pas de de sonde urinaire
- Pas de cathéters vasculaires
- NON : je coche juste la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- Pas de prescription d'anti-infectieux ciblés par l'enquête
- NON : je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- Absence de signes cliniques et test Covid positif 5 jours auparavant
- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et je renseigne la partie dédiée.

## COVID-19

- Le résident dispose d'une analyse biologique confirmant la COVID-19 (ciblage de l'ARN viral ou détection antigénique à partir d'un écouvillon oropharyngé ou nasal ou de tout autre échantillon clinique approprié), ou conformément aux définitions nationales des infections en vigueur au moment du suivi

- Asymptomatique** : aucun signe ou symptôme d'une infection ni aucune altération de l'état ne sont rapportés)
- Légère/modérée** :
  - Tout signe ou symptôme compatible avec la COVID-19 <sup>1</sup>**ET**
  - Sans nécessité d'une oxygénothérapie et avec une saturation en oxygène  $\geq 92\%$
- Sévère** :
  - Signes ou symptômes compatibles avec la COVID-19 <sup>1</sup>**ET**
  - Nécessité d'une oxygénothérapie en raison d'un essoufflement dû à la COVID-19 et/ou taux de saturation en oxygène  $< 92\%$



### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 ASYMPTOMATIQUE (COVA)**
- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS (COVL)**  
**ET** rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site
- Critères d'infection entièrement remplis :  
**COVID-19 SYMPTÔMES SÉVÈRES (COVS)**  
**ET** rapporter séparément le site de l'infection conformément aux définitions de cas spécifique au site





Date enquête : **18/06/2024 matin**

Monsieur Alphonse DURAND, 97 ans, est hébergé à l'EHPAD de la Joie en UHR (Lavandes) depuis 1 an. Il est désorienté et incontinent. Il se déplace en fauteuil roulant. Depuis son admission, il présente des ulcères variqueux dans un contexte HTA et insuffisance veineuse sévère.

- Lors de la dernière consultation médicale, le médecin remplaçant a prescrit un prélèvement cutané des ulcères par écouvillonnage. L'examen clinique retrouve un écoulement séreux, rougeur, chaleur et léger gonflement.
- Le 15 juin, le résultat du prélèvement est revenu positif à *Staphylococcus aureus* méticilline sensible.
- L'IDE a contacté le prescripteur qui est passé le 17 juin (la veille de l'enquête) et a prescrit un traitement oral par amoxicilline /ac. clavulanique pour 10 jours. Le résident est bien sous traitement le jour de l'enquête.
- Le bilan biologique réalisé la veille de l'enquête est sans anomalie (Taux de GB : 11 000/mm<sup>3</sup> et CRP à 30 mg/l).

## QUESTIONS À SE POSER

### LE RESIDENT EST-IL INFORMÉ ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LE RESIDENT A-T-IL UN DISPOSITIF INVASIF ?

- NON : je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LE RESIDENT A-T-IL UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

Traitement par amoxicilline /ac. clavulanique depuis le 17/06 et pour 10 jours

- OUI : je coche OUI en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et renseigne la partie dédiée

### LE RESIDENT A-T-IL UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et renseigne la partie dédiée

## INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :

- 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - Chaleur
  - Sensibilité ou douleur
  - Rougeur
  - Écoulement séreux
  - Gonflement
  - Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre \*, leucocytose \*\*, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)



### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (IESC)**

## INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

### SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :

- 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - Chaleur
  - Sensibilité ou douleur
  - Rougeur
  - Écoulement séreux
  - Gonflement
  - Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre \*, leucocytose \*\*, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)



### CONFIRMATION DE L'INFECTION

- Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (IESC)**



Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application

NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'escarre :  Non  Oui *Si oui, préciser*

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

*Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :*

Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :

Voie d'administration (IV, IM, SC, O, T) :

Durée prévue du traitement (en jours) :

Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :

Diagnostic associé au traitement :

Réévaluation de l'antibiothérapie (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)

Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :

Code	Diagnosics associés aux traitements anti-infectieux
URI	Infection urinaire basse (cystites, etc.)
PYE	Infection urinaire haute (pyélonéphrites aiguës, abcès rénaux)
BAC	Bactériémie confirmée microbiologiquement (avec hémocultures positives)
BRO	Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
PNE	Pneumonie
DIG	Infection digestive : gastro-intestinale (salmonellose, diarrhée associée aux antibiotiques) ou intra abdominale (péritonite, infection hépatobiliaire)
FEB	Fièvre inexpliquée, neutropénie fébrile non cliniquement ou microbiologiquement documenté ou autre forme de manifestation de l'infection chez un immunodéprimé (par exemple, chimiothérapie) sans localisation identifiée
GEN	Infection génitale (infection gynécologique, prostatites, orchite, épидидymite, infection sexuellement transmissible)
OPH	Infection oculaire (endophtalmie)
ORL	Infection de l'oreille, de la bouche, du nez, de la gorge ou du larynx (ORL)
OST	Infection ostéo-articulaire (arthrite septique y compris prothèse articulaire, ostéomyélite, ostéite)
PTM	Infection de la peau et des tissus mous (cellulite, infection de plaies et d'escarre, infection des tissus mous profonds sans atteinte osseuse)
SNV	Infection du système nerveux central
SYS	Infection systémique
INC	Diagnostic inconnu

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

Site(s) infectieux :

Infection associée aux soins n°1  Infection associée aux soins n°2

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible  Certaine  Possible

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection (CVF, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

MO1 MO2 MO3 MO1 MO2 MO3

Micro-organisme(s) :

Sensibilité MO (ATB - SIR) :  
*Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner*

Les traitements anti-infectieux curatifs dont la durée en intention de traitée est supérieure à 3 jours mais qui sont administrés aux résidents le jour de l'enquête depuis moins de 3 jours, doivent être complétés de manière différée, c'est-à-dire après la date de l'enquête, afin de documenter la réévaluation de l'antibiothérapie au 3<sup>e</sup> jour. Voir FAQ

Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application

NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) :  Non  Oui  Inconnu

Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

Anti-infectieux n°

Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :

Voie d'administration (IV, IM, SC, O, T) :

Durée prévue du traitement (en jours) :

Contexte de prescription (Curatif, Prophyl) :

Diagnostic associé au traitement :

Réévaluation de l'antibiothérapie (Non, Oui < 72h, Oui > 72h) :

Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

Infection associée aux soins

Site(s) infectieux :  →

Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :  Certaine  Possible

Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection :

(CVF, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)

MO1	MO2							
Micro-organisme(s) :								
Sensibilité MO (ATB - SIR) :								
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner								

INFECTIONS D'ESCARRE OU DE PLAIE CHRONIQUE

SIGNES/SYMPTÔMES

AU MOINS **UN** DES CRITÈRES SUIVANTS (1 ou 2) :

- 1. Pus au niveau d'une escarre ou d'une plaie chronique (non chirurgicale)
- 2. Au moins **quatre** signes/symptômes nouveaux ou croissants au niveau du site touché :
  - Chaleur
  - Sensibilité ou douleur
  - Rougeur
  - Écoulement séreux
  - Gonflement
  - Un signe/symptôme constitutionnel (fièvre \*, leucocytose \*\*, confusion §, déclin fonctionnel aigu §§)

CONFIRMATION DE L'INFECTION

Critères d'infection entièrement remplis :  
**INFECTION CONFIRMÉE (IESC)**

Identification du résident

Date de l'enquête :  ID résident :  Donné par l'application  
NOM et Prénom du résident :

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance :  Sexe :  Féminin  Masculin  
Code de l'unité de vie :  Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR  
Hospitalisation (dans les 3 mois) :  Non  Oui  Inconnu Intervention chirurgicale (dans les 30 jours) :  Non  Oui  Inconnu  
Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4  
Désorientation :  Non  Oui  Inconnu  
Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu  
Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui  
Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui  
Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :  
 Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text" value="J01CR02 p. 51"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, B) :	<input type="text" value="O"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text" value="10 J"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curatif, Prophyl.) :	<input type="text" value="Curatif"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text" value="PTM p. 39"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text" value="A compléter ultérieurement"/>			
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text" value="EMS"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text" value="IESC"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Si CLOD, acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
Si ICAT, type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVF, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
	<input type="text" value="STAAUR p. 69"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	S S Staphylococcus aureus			Oxacilline (OXA) <sup>1</sup>			S - Sensible		
Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner				Glycopeptides (GLY) <sup>2</sup>			S - Sensible		



Date enquête : **18/06/2024 matin**

Madame Adèle DEDIEU, 80 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Roses depuis 2 mois. Elle a été adressée à l'EHPAD après son séjour en SSR. Elle est désorientée et incontinente. Elle déambule dans l'EHPAD.

- Depuis quelques jours, elle refuse de s'alimenter. Un examen buccal réalisé il y a 48 h (16/06/24) retrouve une mycose importante. Les soins de bouche sont difficiles à réaliser chez cette résidente.
- 10 jours avant l'ENP, elle a reçu un traitement par amoxicilline pour une angine à Streptocoque du groupe A (Test Rapide d'Orientation Diagnostique [TROD] +). Le traitement antibiotique est terminé depuis 72h.
- Le jour de l'enquête, elle est considérée guérie de son angine. Devant son état buccal (plaques sur la muqueuse buccale) son médecin traitant lui a prescrit, il y a 48h, un traitement antimycosique local : miconazole 2% gel pour une durée de 7 jours.

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RESIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

- NON : je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et passe à la partie suivante « Traitement(s) anti-infectieux »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

Miconazole : **traitement** antimycosique **local**, **non pris en compte** pour l'ENP.  
Seuls les AI systémiques sont à inclure.

- je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- OUI : je coche OUI en face de « Infection(s) associée(s) aux soins » et renseigne la partie dédiée



Date enquête : **18/06/2024 matin**

Madame Louise RIEU, 84 ans, est hébergée à temps plein à l'EHPAD des Sources depuis 1 mois. Elle a été adressée à l'EHPAD après une hospitalisation en SSR de 15 jours qui a fait suite à une fracture du col du fémur opéré le début mai. Elle est orientée et porte une sonde « double J ». Elle se déplace avec un déambulateur.

Il y a 10 jours, la résidente a été victime d'un arrêt cardio respiratoire et prise en charge en réanimation. Elle est revenue en EHPAD, le 17 juin (veille de l'ENP). A son admission en REA, un dépistage digestif a identifié la présence d'une Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente (BHRe) : *Klebsiella pneumoniae* (OXA 48). Le jour de l'enquête, la résidente ne présente pas de signes cliniques en faveur d'une infection. Elle présente une escarre de grade 2 au niveau inter-fessier.

## QUESTIONS À SE POSER

### LA RESIDENTE EST-ELLE INFORMÉE ET ELIGIBLE ?

- OUI : je renseigne les parties « Identification du résident » et « Caractéristiques du résident »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN DISPOSITIF INVASIF ?

Les sondes double J étant des sondes urétérales, elle ne sont pas considérées comme des sondes urinaires à rapporter dans le cadre de l'ENP. Seules les sonde endo-urétrales, vésicales et les cathéters sus-pubiens à demeure le jour de l'enquête doivent être rapportés comme des sondes urinaires.

- NON: je coche la case NON en face de « Dispositif(s) invasif(s) » et renseigne la partie dédiée.

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UN TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ?

- NON : je coche NON en face de « Traitement(s) anti-infectieux » et passe à la partie suivante « Infection(s) associée(s) aux soins »

### LA RESIDENTE A-T-ELLE UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ?

- NON : je coche NON en face de « Infection(s) associée(s) aux soins »

Identification du résident

Date de l'enquête : 18/06/2024

ID résident :

Donné par  
l'application

RIEU Louise

Caractéristiques du résident (à compléter pour tous les résidents)

Année de naissance : 1940

Sexe :  Féminin  Masculin

Code de l'unité de vie :

Accueil en unité adaptée :  Non  Oui-USA  Oui-UGD  Oui-UHR

Hospitalisation :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 3 mois)

Intervention chirurgicale :  Non  Oui  Inconnu  
(dans les 30 jours)

Présence d'escarre :  Non  Oui Si oui, préciser le grade :  1  2  3  4

Désorientation :  Non  Oui  Inconnu

Mobilité :  Ambulant  En fauteuil roulant  Alité  Inconnu

Incontinence :  Non  Oui  Inconnu

Dispositif(s) invasif(s)  Non  Oui

Sonde urinaire :  Non  Oui

Cathéter(s) vasculaire(s) :  Non  Oui

Si oui, préciser le (les) type(s) de cathéter(s) :

Veineux périphérique  Midline  Sous-cutané  Veineux central  PICC  Chambre implantable

Traitement(s) anti-infectieux  Non  Oui

	Anti-infectieux n°1	Anti-infectieux n°2	Anti-infectieux n°3	Anti-infectieux n°4
Nom de l'AI (DCI, ATC, nom commercial) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voie d'administration (IV, IM, SC, O, T) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée prévue du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contexte de prescription (Curat, Prophyl) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic associé au traitement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Réévaluation de l'antibiothérapie : (Non, Oui < 72h, Oui > 72h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de prescription (EMS, ES, Autre) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Infection(s) associée(s) aux soins  Non  Oui

	Infection associée aux soins n°1			Infection associée aux soins n°2			Infection associée aux soins n°3		
Site(s) infectieux :	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<u>Si CLOD</u> , acquisition de l'infection dans l'établissement :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible			<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Possible		
<u>Si ICAT</u> , type de cathéter à l'origine de l'infection : (CVP, Midline, CSC, CVC, PICC, CCI)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Micro-organisme(s) :	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3	MO1	MO2	MO3
Sensibilité MO (ATB - SIR) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Au verso, la liste des MO dont les résistances sont à renseigner</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>