

Liste de contrôle des épidémies de MDRO

Date de la notification :

Liste de contrôle remplie par :

le

Le formulaire peut être rempli à l'aide d'Adobe Acrobat Reader qui peut être téléchargé gratuitement [ici](#). Les établissements de soins de santé qui n'ont pas la possibilité d'installer Acrobat Reader peuvent envoyer un courriel à mdro@sciensano.be pour recevoir une version en Word.

1. Coordonnées et informations sur l'institution

Personne de contact principale (et remplaçante)	PERSONNE DE CONTACT		BACK UP		
	Nom :		Nom :		
	Fonction :		Fonction :		
	Téléphone :		Téléphone :		
	Adresse électronique :		Adresse électronique :		
Établissement de santé (et site, le cas échéant)	Nom :		Site :		
	Adresse :		Nom du réseau HOST :		
Type d'établissement	<input type="checkbox"/> Hôpital de soins aigus	<input type="checkbox"/> Hôpital psychiatrique	<input type="checkbox"/> Autre hôpital spécialisé / soins chroniques :	<input type="checkbox"/> Maison de repos et de soins	<input type="checkbox"/> Autre établissement de soins de longue durée :
Taille de l'institution (nombre de lits)	Nombre total de lits :				
L'OMT local est établi ? (Outbreak Management Team, l'équipe de gestion des épidémies)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, indiquez la composition :		
Nomination d'un coordinateur d'épidémie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, indiquez le nom :		
Nomination d'un responsable de la communication ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, indiquez le nom :		

2. Informations sur l'épidémie : laboratoire et épidémiologie

LABORATOIRE							
Type de MDRO	Genre/espèce : Type de mécanisme de résistance : <input type="checkbox"/> Inconnu						
Les souches de l'épidémie sont conservées ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
Séquençage demandé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Laboratoire propre <input type="checkbox"/> CNR Date d'envoi : <input type="checkbox"/> Autre laboratoire Date d'envoi :						
Type d'échantillons	<input type="checkbox"/> Respiratoire :	<input type="checkbox"/> Urinaire :	<input type="checkbox"/> Plaie / tissus mous	<input type="checkbox"/> Dépistage :			
	<input type="checkbox"/> Cathéter vasculaire	<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Hémoculture	<input type="checkbox"/> Autre :			
EPIDEMIOLOGIE							
Date probable de début de l'épidémie							
Cas index¹ connu ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Date :				
Prévalence/incidence de base pour cette MDRO dans l'institution	<input type="checkbox"/> Niveau de base connue (prévalence/incidence) : <input type="checkbox"/> Niveau de base inconnue						
Nombre de sites/campus concernés	Nombre : Lesquels ?						
Services hospitaliers concernés (Si applicable)	<input type="checkbox"/> Médecine interne	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> USI	<input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Gériatrie	<input type="checkbox"/> Pédiatrie	<input type="checkbox"/> Néonatalogie
	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Hémato-oncologie	<input type="checkbox"/> Transplantation	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Réhabilitation	<input type="checkbox"/> Psychogériatrie	<input type="checkbox"/> Autre :
Autre établissement de santé : services concernés (Si applicable)	Type de service :						
Nombre de cas	Nombre total de cas :			Nombre d'infections :		Nombre de porteurs/colonisations :	
	Nombre de décès clairement associés :			Nombre de décès potentiellement associés :			
Création d'une courbe épidémiologique ?	<input type="checkbox"/> oui (Veuillez l'annexer à ce document) <input type="checkbox"/> non						
Dépistage de routine effectué dans des circonstances normales ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Décrivez :				

3. Source et transmission

Source (possible) ?	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Hypothèse :
Mode de transmission (possible) ?	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Hypothèse :

4. Mesures prises à la suite de l'épidémie

SCREENING

Le dépistage initial visant à évaluer la taille de l'épidémie a-t-il été effectué ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Colocataire(s) <input type="checkbox"/> Service/Département <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Autre (Décrivez)	Décrivez :
La politique de dépistage a-t-elle été renforcée dans le(s) service(s) en cause ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Admission <input type="checkbox"/> Réadmission <input type="checkbox"/> Sortie <input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Autre (Décrivez)	Décrivez :
Les cas sont signalés ('flagging') au sein de l'établissement de soins ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Dossier de soins infirmiers <input type="checkbox"/> Dossier médical <input type="checkbox"/> Alerte à la réadmission <input type="checkbox"/> Autre (Décrivez)	Décrivez :

PRÉCAUTIONS SUPPLÉMENTAIRES

L'isolement du (des) patient(s) est appliqué ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Décrivez :
La cohorte est appliquée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Infrastructure <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Personnel (paramédicaux) <input type="checkbox"/> Matériaux	Décrivez :

HYGIÈNE ENVIRONNEMENTALE			
Des échantillons de l'environnement ont été prélevés ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Décrivez :
Les pratiques de nettoyage sont-elles observées/ évaluées ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Décrivez :
Le personnel de nettoyage a été formé à nouveau ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Décrivez :
Les procédures de nettoyage sont-elles ajustées/ intensifiées ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Décrivez :
Avez-vous mis en place des procédures de désinfection / nettoyage spécifiques? (ex: la nébulisation - le 'fogging')	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Décrivez :
HYGIÈNE DES MAINS			
Les conditions de base ont été vérifiées? ²	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Décrivez :

Des mesures de conformité ont-elles été effectuées ?³	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Décrivez :
Le personnel a été formé à nouveau ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Décrivez :
CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES		
Analyse de la consommation d'antibiotiques dans le(s) service(s) en cause ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Décrivez :
COMMUNICATION		
Communications internes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Aux patients <input type="checkbox"/> Au personnel <input type="checkbox"/> Aux autres départements <input type="checkbox"/> Autre	Décrivez :
Communication externe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> À la famille et aux visiteurs <input type="checkbox"/> Au service de soins à domicile <input type="checkbox"/> Vers d'autres institutions <input type="checkbox"/> Au médecin généraliste <input type="checkbox"/> Autre	Décrivez :
Une politique de transfert des patients est-elle en place ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Décrivez :

1. Le cas index ou patient zéro est le premier patient documenté dans une épidémie de maladie au sein d'une population

2. Aucun bijou au niveau des mains et des poignets/avant-bras ; pas de bagues (de mariage), de bracelets ou de montre-bracelet ; ongles coupés courts et propres ; pas de vernis à ongles, d'ongles longs ou d'ongles artificiels. Couvrez les plaies avec un bandage impénétrable; manches courtes.

3. Application des indications relatives à l'hygiène des mains.