



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID

INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

Surveillance Nationale des Infections du Site Opérateur

Protocole NSIH-ISO

Annexe 2: Instructions d'Enregistrement

(v14/4/2017)

Ces instructions vous guident lors de l'utilisation du « Data Definition », ou du remplissage des formulaires en papier ou du logiciel.

1 Variables Hopital & Surveillance

Spécifiez, par période de surveillance ISO x hopital x catégorie d'intervention, les caractéristiques de votre hopital et de la surveillance ISO.		
Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
Date de début de la surveillance	jj/mm/aaaa;	Une période de surveillance comporte 3 mois. Elle doit commencer au premier jour du mois.
Code hopital	Utilisez le code NSIH	
Hopital nombre de lits		
Hopital type	Une des catégories: « universitaire » ; « général à caractère universitaire » ; « général »	
Catégorie d'intervention NHSN	Pour la liste complète des catégories d'intervention NHSN (et les codes ICD-9-CM correspondants), voir annexe 1.	
Option « enregistrement des facteurs de risques »	Yes, No	Indiquez si les facteurs de risques pour le calcul du « risk index » sont enregistrés.
Option « manière(s) de surveillance après-sortie »	Une ou plusieurs des catégories: - Données readmission; - Données laboratoire; - Suivi par Hygieniste ou Infectiologue; - Consultations chez le chirurgien ou spécialiste; - Consultations chez médecin généraliste.	Indiquez si une surveillance après sortie est organisée pour cette période et catégorie d'intervention, ainsi que la (les) manière(s). L'organisation d'une surveillance après sortie n'implique PAS nécessairement que le suivi des patients après sortie doit être enregistré.
Option « enregistrement données AMR »	Yes, No	
Indicateur « Surveillance terminé pour cette période, hopital, catégorie d'intervention ? »	Yes, No	

2 Variables Patient, Chirurgie, Suivi du patient

Spécifiez une ligne par chirurgie faisant partie de la surveillance ISO et effectuée pendant la période de surveillance.		
Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
<i>Variables patient :</i>		
Code hospital	Code NSIH	
Numéro/Code Patient	combinaison unique de lettres/chiffres pour identifier le patient; maximum 50 caractères.	
Date d'admission	jj/mm/aaaa <i>p.ex.</i> : 15/10/2001	
Service d'admission	<i>p.ex.</i> : CA pour "chirurgie générale/abdominale". Vous pouvez choisir une combinaison de lettres dans la liste. Consultez l'annexe 1 pour la liste des codes acceptés par NSIHwin	Cette valeur indique la spécialisation dans laquelle le patient est admis. Utilisation interne, cette info n'est pas transmise à l'ISP.
Unité de soins	<i>p.ex.</i> : CA/001 maximum 6 caractères pour le code et 25 caractères pour la description du service.	Cette valeur indique l' unité fonctionnelle où le patient est réellement hospitalisé (service des admissions). Vous devez d'abord créer une liste de choix possibles dans laquelle vous allez faire ensuite une sélection. Utilisation interne, cette info n'est pas transmise à l'ISP.
Nom et prénom	max. 30 positions pour le nom de famille et 20 positions pour le prénom du patient	Utilisation interne, cette info n'est pas transmise à l'ISP.
Date de naissance	jj/mm/aaaa <i>p.ex.</i> : 01/12/1955	Dans le logiciel, la date de naissance est transformée en âge pour garantir l'anonymat du patient.
Sexe	M pour masculin, F pour féminin, U pour inconnu	
<i>Variables de la Chirurgie :</i>		
Date d'intervention	jj/mm/aaaa	
Numéro d'intervention chirurgicale	1 chiffre, de 1 à 3	Dans le cas où il y aurait plusieurs procédures exécutées pendant une même visite à la salle d'OP, on les considérera : 1) comme une seule intervention (<i>une observation</i>) si on ne peut <u>pas</u> distinguer où se trouve la cause de l'infection en cas d'une ISO éventuelle. <i>p.ex.</i> : CABG + prothèse valvulaire par la même incision: code 1 = 36.11, code 2 = 35.22. Mettez l'intervention avec le risque infectieux le plus élevé en premier lieu. 2) comme des interventions distinctes (nouvelle fiche d'intervention, plusieurs observations) si l'on prévoit qu'en cas d'une ISO éventuelle on pourra distinguer la procédure causale. <i>p.ex.</i> : splénectomie + ostéosynthèse du tibia chez un patient polytraumatisé. Maximum 3 interventions, chacune avec max. 3 procédures, peuvent être enregistrées (voir aussi 'Code

Spécifiez une ligne par chirurgie faisant partie de la surveillance ISO et effectuée pendant la période de surveillance.		
Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
		de procédure').
Catégorie d'intervention NHSN	2 à 4 lettres, p.ex: COLO, VS, HPRO. Code de la catégorie d'intervention NHSN à laquelle l'intervention appartient. Doit correspondre au code(s) spécifié pour la période de surveillance et votre hopital dans 1 : Variables Hopital & surveillance	Pour la liste complète des catégories d'intervention NHSN et les codes ICD-9-CM correspondants, voir annexe 1.
Code de procédure (code ICD-9-CM)	2 chiffres • 2 chiffres p.ex: 45.73 ou 2 chiffres • 1 chiffre p.ex: 36.2 Les codes peuvent être recherchés par le système de recherche dans la base de données ICD-9-CM. Consultez l'annexe 1 pour la liste des codes acceptés par NSIHwin	Les interventions sont encodées selon les codes ICD-9-CM; utilisez toujours un code de 4 chiffres, sauf quand il n'y a pas un 4ème chiffre disponible. Pour la définition d'une procédure chirurgicale, voir p 11. Le logiciel prévoit de l'espace pour max. 3 codes de procédure.
Identité du chirurgien	3 caractères max. Pour ce champ, vous utilisez un code de la liste que vous avez créé et dans laquelle vous avez introduit <u>les initiales ou les codes</u> et éventuellement les noms des chirurgiens. Pour les noms des chirurgiens, 20 caractères max. ont été prévus dans le logiciel. Trois chirurgiens max. peuvent être enregistrés par intervention.	Utilisation interne, cette info n'est pas transmise à l'ISP. Le logiciel (utilisation locale) offre des rapports de feedback par code chirurgien.
Equipe SOP (Salle d'OPération)	3 caractères max. Vous devez d'abord créer une liste avec les choix possibles, comme pour les chirurgiens; 20 caractères max. ont été prévus.	Utilisation interne, cette info n'est pas transmise à l'ISP. Vous pouvez choisir quels membres de la SOP vous désirez enregistrer (p.ex : instrumentiste, infirmière «volante», etc.).
<i>Variables de facteurs de risque :</i>		
Classe de contamination	1 chiffre, de 1 à 4;	Les plaies sont classées en quatre catégories: plaies propres, plaies propres contaminées, plaies contaminées, plaies sales ou infectées Pour les définitions, voir le protocole de surveillance. S'il y a présence de plusieurs plaies avec des classes de contamination différentes, il y a probablement lieu de les enregistrer comme différentes interventions; sinon on choisira la valeur de la classe de contamination <u>la plus élevée</u> .
Score ASA	1 chiffre, de 1 à 6;	"Physical status score" de l'American Society of Anesthesiologists. Les patients sont classés dans une des cinq catégories suivantes. Pour les catégories et définitions, voir le protocole de surveillance.
Durée de l'intervention	Minutes	Durée entre la première <u>incision</u> et le <u>dernier point de suture</u> , exprimée en minutes. Dans le cas d'une intervention multiple, la durée totale de toutes les procédures est enregistrée. Voir aussi 'moment d'incision et de suture'. <u>Comme alternative</u> , précisez l'heure de l'incision (hh :mm ; heure du début de l'incision de la peau ou

Spécifiez une ligne par chirurgie faisant partie de la surveillance ISO et effectuée pendant la période de surveillance.		
Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
		de la muqueuse.) et l'heure du dernier point de suture de la plaie (hh :mm).
Laparo- /endoscopie	Yes, No, Unknown "Y" si l'intervention a été faite <u>complètement</u> par laparo- /endoscopie; sinon indiquez "N"	En cas de CBGB: indiquez "Y" si le vaisseau sanguin greffon a été dénudé par endoscopie. Répondez "N" si le laparo-/endoscope a été utilisé uniquement à des fins <i>diagnostiques</i> .
Intervention élective	Yes, No, Unknown "Y" pour une intervention élective, planifiée au moins 24 heures d'avance ou pas urgente; "N" pour une intervention urgente	
AB administrés (prophylaxie ou thérapie)	A remplir uniquement si l'option PAB a été choisie. Sélectionnez ce qui est d'application: - No AB : aucun AB n'a été administré; - Routine surgical ABP: si la PAB a été administrée selon les schémas habituels; - Therapeutic AB or exceptional AB prophylaxis: si des AB thérapeutiques ou des AB prophylactiques pour des situations médicales exceptionnelles (<i>p.ex.</i> risque d'endocardite) ont été administrés - Unknown	Ce patient a-t-il reçu des antibiotiques périopératoires en vue de prévenir une infection, c.à.d. en l'absence d'une infection préexistante ou constatée pendant l'intervention ? L'administration d'AB en cas de <u>classe de contamination 3 ou 4</u> est considéré comme <u>thérapeutique</u> et pas comme prophylactique. Les situations médicales les plus fréquentes pour lesquelles sont modifiés les schémas habituels pour la PAB ont été reprises dans la liste de l'INAMI «situations médicales exceptionnelles» pour lesquelles le remboursement forfaitaire des AB administrés en périopératoire n'est pas d'application (voir Circulaire du 17/12/98, annexe 4), <i>p.ex</i> : réintervention, transplantation, risque d'endocardite, patient immunodéprimé, infection préexistante en dehors du champ opératoire. Cet information permet de distinguer : 1) les interventions pour lesquelles <u>aucun AB</u> n'a été administré, 2) les interventions pour lesquelles <u>la PAB de routine a été remplacée par l'utilisation d'AB en thérapie ou par une autre prophylaxie</u> . Pour ces interventions l'administration des AB n'est pas enregistrée et le formulaire PAB n'est pas rempli, puisqu'il s'agit d'une situation exceptionnelle pour laquelle les schémas habituels sont modifiés.
<i>Variables de suivi du patient :</i>		
Date de sortie ou de décès	jj/mm/aaaa	La période de surveillance se limite à 30 jours postopératoires (1 an pour des implants).
Dénouement clinique	Alive ou Dead "Alive" si le patient est sorti; "Dead" si le patient décède pendant l'hospitalisation.	Si le patient décède, l'enregistrement des données de suivi s'arrête.
Données disponibles après la sortie : Date des dernières données, Fournisseur des données	Date : jj/mm/aaaa ; Date des dernières données disponibles du patient, <i>p.ex</i> : date quand le chirurgien est contacté pour vérifier les consultations post-opératoires éventuelles. <i>p.ex</i> : date de signature du médecin traitant sur le formulaire de réponse. Fournisseur : Chirurgien, médecin généraliste, hygiéniste ou autre	Consultez le protocole de surveillance pour les périodes de suivis postopératoires recommandées. L'enregistrement de cette info est optionnel, aussi dans le cas où une surveillance après-sortie était organisée. Remplissez ces informations sur le patient après sa sortie, même si le patient n'a pas été physiquement revu; L'information «le patient n'a pas été revu après la sortie ou après la date X» a sa valeur et ne peut pas être considérée comme une donnée manquante. La probabilité est grande que ces patients n'aient pas eu de complications (et pas d'ISO). D'autre part, les patients qui ont développé une ISO ont

Spécifiez une ligne par chirurgie faisant partie de la surveillance ISO et effectuée pendant la période de surveillance.		
Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
	personne.	une probabilité plus grande d'avoir été revu. On essayera le plus possible d'obtenir de l'information du médecin traitant (chirurgien ou médecin généraliste) <u>après la période de suivi post-opératoire</u> . Cette information peut être considérée comme « suivi complète », même si le patient n'a pas été revu.
Patient vu après sa sortie : Date du dernier contact et Type de dernier contact	Date : jj/mm/aaaa ; Date de la dernière consultation après sortie. Laissez vide si la date n'est pas connue. Type : codes possibles : OPD = outpatient dept / polyclinique SP = chirurgien, consultation privée GP = médecin généraliste R = réadmission à l'hôpital O = autre	Consultez le protocole de surveillance pour les périodes de suivis postopératoires recommandées. L'enregistrement de cette info est optionnel, aussi dans le cas où une surveillance après-sortie était organisée. Remplissez ces informations si il y a eu au moins une consultation après la sortie ou en cas de réadmission. Le type de contact reflète le type de suivi des patients après leur sortie. Elle changera selon le type de chirurgie, le médecin et l'hôpital. Ces données permettront d'évaluer les différentes stratégies de la surveillance après sortie.

3 Variables de l'Infection du site opératoire

Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
Date d'infection	Jj/mm/aaaa	Le jour auquel les premiers signes d'infection apparaissent ou le premier échantillon diagnostique a été prélevé (choisissez la plus précoce des deux dates). Si le diagnostique d'ISO a été fait <u>après la sortie</u> , il faudra estimer cette date le plus correctement possible à l'aide des informations fournies par le patient.
Localisation de l'infection	Partie superficielle de l'incision, Partie profonde de l'incision, ou Organe/espace concerné par le site opératoire	Les ISO sont subdivisées en 3 groupes (pour les définitions, voir p 12-13). En cas d'ISO incisionnelle après un CBGB (CABG avec incision thoracale et périphérique), il faut indiquer s'il s'agit d'une infection <u>au niveau du thorax</u> ou <u>au niveau de la jambe</u> .
Diagnostique de l'ISO	Pendant l'admission ou après la sortie; Si l'ISO a été diagnostiquée après la sortie : où et par qui le diagnostique a-t-il été posé ? Sélectionnez à partir de la liste des codes ce qui est d'application : OPD = outpatient dept / polyclinique SP = chirurgien, consultation privé GP = médecin généraliste R = réadmission à l'hôpital O = autre personne/lieu	Cette donnée est fortement influencée par la durée de l'hospitalisation et sera différente selon le type d'intervention et selon l'hôpital. Pour les ISO qui ont été diagnostiquées après sortie, cela donne des informations importantes sur le suivi des patients permettant d'évaluer les différentes stratégies de la surveillance après sortie.
Septicémie secondaire	Y ou N "Y" si une septicémie secondaire à l'ISO se développe; sinon indiquez "N"	Cette donnée est un indicateur de la sévérité de l'ISO.
Réintervention	Y ou N "Y" si une réintervention a eu lieu à la suite de l'ISO , sinon indiquez "N". Si une réintervention a été effectuée pour une autre raison, par ex. une hémorragie, indiquez "N".	Cette donnée est un indicateur de la sévérité de l'ISO. On considère comme une réintervention, une intervention dans la salle d'OP ou en dehors de celle-ci (par ex. si le transport du patient est difficile ou comporte un risque) sous anesthésie (généralisée ou non) en vue de drainer l'infection.
Réadmission	Y ou N "Y" si une réadmission a eu lieu à la suite de l'ISO ou de la septicémie secondaire ; sinon indiquez "N". Si une réadmission a eu lieu à cause d'une autre raison, indiquez "N".	Cette donnée est un indicateur de la sévérité de l'ISO.
Culture prélevée	Y ou N "Y" si un échantillon a été prélevé pour culture ; sinon indiquez "N".	Cette donnée permet de distinguer « pas de prise d'échantillon » et « pas de micro-organisme isolé » En cas de suspicion d'une ISO, prenez <u>autant que possible</u> un échantillon avant l'administration des AB afin de confirmer le diagnostic et d'identifier le micro-organisme concerné.
Code ou nom du micro-organisme	6 lettres, par ex: <i>S.aureus</i> =STAAUR Vous pouvez utiliser la liste de codes existante.	

	Remplissez : « STERI » si culture négative, « NOEXA » si résultats du labo non disponibles, « NONID » si germe non-identifié ou pas dans la liste	
Susceptibilité Antimicrobienne, pour les marqueurs particuliers	Inconnu / Sensible / Intermediaire / Resistant Pour le marqueur « <u>production de Beta-Lactamase à Spectre Etendue</u> », le résultat « resistant » est considéré comme « production », et le résultat « sensible » comme « absence de production »	Donnée à déclarer obligatoire pour les marqueurs et micro-organismes d'alert principales. Consultez la section « Marqueurs de Susceptibilité Antimicrobienne » dans l'annexe.
Origine du prélèvement	Sélectionnez le code approprié dans la liste: WD = liquide de drainage en provenance d'une plaie profonde WS = frottis de plaie XX = autre	