

PROCOLE NSIH-ISO 2023

Annexe 2: Formulaires

TABLE DES MATIÈRES

1.1. FORMULAIRES A UTILISER EN CAS DE SURVEILLANCE ISO AVEC ENREGISTREMENT DES DONNÉES AGRÉGÉES DU DÉNOMINATEUR	2
1.2. FORMULAIRES À UTILISER EN CAS DE SURVEILLANCE ISO AVEC ENREGISTREMENT DES DONNÉES INDIVUELLES DU DÉNOMINATEUR	7
1.3. FORMULAIRES À UTILISER EN CAS DE L' ÉVALUATION DE LA PAP SANS SURVEILLANCE ISO	11

1.1. FORMULAIRES A UTILISER EN CAS DE SURVEILLANCE ISO AVEC ENREGISTREMENT DES DONNEES AGREGÉES DU DENOMINATEUR

Pour plus d'informations sur les variables et la manière d'enregistrer correctement les données, veuillez vous référer aux définitions des données/instructions d'enregistrement disponibles à l'annexe 1.

Formulaire SSI1		Données de participation	
Enregistrement des données		Données agrégées du dénominateur	
Date de début de la surveillance	___/___/___	Date de fin de la surveillance	___/___/___
Médecin responsable Numéro INAMI	<input type="text"/>		
Catégorie de chirurgie choisie	<input type="text"/>		
Organisation de la surveillance à partir des données des médecins généralistes?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Organisation de la surveillance sur base des données de laboratoire?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Organisation de la surveillance sur base des données des patients?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Organisation de la surveillance sur base des données de réadmission		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Organisation de la surveillance sur base des données des chirurgiens?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Organisation de la surveillance basée sur l'utilisation des antibiotiques?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une surveillance après la sortie a-t-elle été organisée?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La sélection des procédures chirurgicales par catégorie de chirurgie a été effectuée selon la description de référence et/ou la liste des codes ICD-10-PCS ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non, l'hôpital a fait sa propre sélection
Nombre d'interventions	<input type="text"/>	Nombre d'interventions endoscopiques	<input type="text"/>
		Nombre d'interventions sans endoscopie	<input type="text"/>
Nombre d'interventions dont la date de sortie est connue	<input type="text"/>	Nombre d'interventions endoscopiques avec date de sortie connue	<input type="text"/>

		Nombre d'interventions sans endoscopie avec date de sortie connue	<input type="text"/>
Nombre de jours d'hospitalisation postopératoires	<input type="text"/>	Nombre de jours d'hospitalisation postopératoires après chirurgie endoscopique	<input type="text"/>
		Nombre de jours d'hospitalisation postopératoires après intervention chirurgicale sans endoscopie	<input type="text"/>
Participation évaluation de la	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lors de la participation PAP, quels sont les indicateurs évalués?	<input type="checkbox"/> Indicateur de produit <input type="checkbox"/> Indicateur de dose <input type="checkbox"/> Indicateur de schéma posologique <input type="checkbox"/> Indicateur de moment de début <input type="checkbox"/> Indicateur de durée <input type="checkbox"/> Indicateurs globaux <input type="checkbox"/> Pas d'autres indicateurs, seulement l'évaluation de l'indication
		Lors de la participation PAP, quelles sont les directives en matière de prophylaxie antibiotique appliquées dans l'hôpital?	<input type="checkbox"/> IGGI guide <input type="checkbox"/> BAPCOC - Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier 2017 <input type="checkbox"/> The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2012-2013 <input type="checkbox"/> ASHP Guidelines 'Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery <input type="checkbox"/> Autre

Formulaire SSI3A Infections du site opératoire

Identification patient du

Date d'intervention ___/___/___

Catégorie de chirurgie Code opération 1 2 3
numéro de suivi

Endoscopie Oui Non Inconnu

Date de sortie de l'hôpital ___/___/___

Date de l'ISO ___/___/___
Type d'infection Partie superficielle de l'incision Partie profonde de l'incision Organe/espace anatomique Infection de l'incision secondaire? Non (infection de l'incision primaire) Oui (infection par l'incision secondaire) Non applicable, pas d'incision secondaire Inconnu

Diagnostique d'ISO Pendant le séjour hospitalier post-opératoire En polyclinique Après la sortie de l'hôpital: chirurgien, consultation privée Après la sortie: médecin généraliste Après la sortie: réadmission Autre Inconnu

Septicémie secondaire? Oui Non Inconnu Ré-intervention? Oui Non Inconnu

Réadmission? Oui Non Inconnu

Culture prélevée Oui Non Inconnu

Origine de l'échantillon Plaie Sang Os/articulation Liquide céphalo-rachidien Voies respiratoires basses Appareil reproducteur Tissus mous Autre Inconnu Identification de l'échantillon

Date du prélèvement ___/___/___

Données sur la culture et la résistance

Culture	Test	Résultat

**Formulaire
PAP**

Évaluation de la prophylaxie antibiotique périopératoire

Identification du patient

Date de naissance

Date d'intervention

___/___/___

Sexe

Femme Homme Inconnu

Catégorie de chirurgie

Code opération
numéro de suivi

1 2 3

PAP a-t-elle été administrée

Oui Non

PAP indication?

Oui Non

Quel produit?

Allergie à la pénicilline ?

Oui, à médiation IgE
 Oui, non médiée par les IgE
 Oui, type inconnu
 Non Inconnu

Colonisation MDRO

Oui, SARM Oui, MRGN
 Oui, ERV
 Oui, autre Non
 Inconnu

Produit correct?

Oui Non

Dose

Poids

Dose adaptée au poids

Oui Non Inconnu

Dose correcte?

Oui, dose correcte
 Non, dosage trop faible
 Non, dosage trop élevé
 Non, pas de précision supplémentaire

Une répétition de la dose est-elle nécessaire?

Oui, en raison de la longue durée d'intervention
 Oui, en raison d'une perte massive de sang
 Oui, en raison de la circulation extracorporelle
 Oui, en raison d'un besoin de dose(s) postopératoire(s)
 Oui, pour une autre raison
 Non (dose unique)

Le patient a-t-il reçu une répétition de la dose?

Oui Non

Moment de début correct?

Oui, le timing de début est correct
 Non, administration trop précoce
 Non, administration trop tardive

Quand l'administration du PAP a-t-elle été mise en place?

Date de pré-intervention
 Plus de 2 heures avant l'incision (le jour de l'intervention)
 60-120 min avant l'incision
 30-60 min avant l'incision
 0-30 min avant l'incision

	<input type="checkbox"/> Non, pas de spécification supplémentaire		<input type="checkbox"/> Après le début de l'incision, pendant l'intervention <input type="checkbox"/> Après la fin de l'intervention
Durée correcte?	<input type="checkbox"/> Oui, durée correcte <input type="checkbox"/> Non, administration trop courte <input type="checkbox"/> Non, administration trop longue <input type="checkbox"/> Non, pas de précision supplémentaire	Combien de temps la PAP a-t-elle duré?	<input type="checkbox"/> Durée de l'intervention <input type="checkbox"/> Plus longue que l'intervention, <24h <input type="checkbox"/> >24h

1.2. FORMULAIRES A UTILISER EN CAS DE SURVEILLANCE ISO AVEC ENREGISTREMENT DES DONNEES INDIVUELLES DU DENOMINATEUR

Pour plus d'informations sur les variables et la manière d'enregistrer correctement les données, veuillez vous référer aux définitions des données/instructions d'enregistrement disponibles à l'annexe 1.

Formulaire SSI1	Données de participation		
Enregistrement des données	Données individuelles du dénominateur		
Date de début de la surveillance	___/___/_____	Date de fin de la surveillance	___/___/_____
Médecin responsable Numéro INAMI	<input type="text"/>		
Catégorie de chirurgie choisie	<input type="text"/>		
Organisation de la surveillance sur base des données des médecins généralistes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Organisation de la surveillance sur base des données de laboratoire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Organisation de la surveillance sur base des données des patients?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Organisation de la surveillance sur base des données de réadmission?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Organisation de la surveillance sur base des données des chirurgiens?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Organisation de la surveillance sur base des données de l'utilisation d' antibiotiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Une surveillance après la sortie a-t-elle été organisée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
La sélection des procédures chirurgicales par catégorie de chirurgie a été effectuée selon la description de référence et/ou la liste des codes ICD-10-PCS ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'hôpital a fait sa propre sélection		
Participation à l'évaluation de la	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lors de la participation PAP, quels sont les indicateurs évalués?	<input type="checkbox"/> Indicateur de produit <input type="checkbox"/> Indicateur de dose <input type="checkbox"/> Indicateur de schéma posologique <input type="checkbox"/> Indicateur de moment de début <input type="checkbox"/> Indicateur de durée <input type="checkbox"/> Indicateurs globaux <input type="checkbox"/> Pas d'autres indicateurs, seulement l'évaluation de l'indication
		Lors de la participation PAP, quelles sont les directives en matière de prophylaxie antibiotique appliquées dans l'hôpital?	<input type="checkbox"/> IGGI guide <input type="checkbox"/> BAPCOC - Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier 2017 <input type="checkbox"/> The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2012-2013 <input type="checkbox"/> ASHP Guidelines 'Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery <input type="checkbox"/> Autre

Identification du patient	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Date d'intervention	___/___/___	Sexe	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Inconnu
Catégorie de chirurgie	<input type="text"/>	Code d'opération numéro de suivi	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
ICD-10-PCS	<input type="text"/>		
Intervention multiple ?	<input type="checkbox"/> Non: intervention simple <input type="checkbox"/> Oui: même incision, même catégorie de chirurgie <input type="checkbox"/> Oui: même incision, catégorie de chirurgie différente <input type="checkbox"/> Oui: incision différente, même catégorie de chirurgie <input type="checkbox"/> Oui: incision différente, catégorie de chirurgie différente <input type="checkbox"/> Inconnu		
Durée de l'intervention (min)	<input type="text"/>	OU	Heure de début la première incision (hh:mm) <input type="text"/> Heure fin du dernier point de suture (hh:mm) <input type="text"/>
Classe de plaies	<input type="checkbox"/> Plaies propres <input type="checkbox"/> Plaie propres-contaminées <input type="checkbox"/> Plaies contaminées <input type="checkbox"/> Plaies sales ou infectées <input type="checkbox"/> Inconnu		
Score ASA	<input type="checkbox"/> Sain <input type="checkbox"/> Atteinte systémique légère <input type="checkbox"/> Atteinte systémique sérieuse <input type="checkbox"/> Atteinte systémique invalidante <input type="checkbox"/> Moribond <input type="checkbox"/> Inconnu		
Chirurgie élective?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Endoscopie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Présence d'implant?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Date de sortie de l'hôpital	___/___/___	Statut à la sortie	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Inconnu
Dernière date avec des données du patient	___/___/___	Source:	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Contrôle de l'infection <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Réadmissions <input type="checkbox"/> Chirurgien <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Inconnu
Dernière date de contact avec le patient	___/___/___	Type de contact	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Polyclinique <input type="checkbox"/> Réadmission <input type="checkbox"/> Consultation privée chirurgien <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Inconnu
La PAP a été évaluée pour cette opération ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

PAP a-t-elle été administrée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	PAP indication?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel produit?	<input type="text"/>	Allergie à la pénicilline ?	<input type="checkbox"/> Oui, à médiation IgE <input type="checkbox"/> Oui, non médiée par les IgE <input type="checkbox"/> Oui, type inconnu <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Produit correct?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Colonisation MDRO	<input type="checkbox"/> Oui, SARM <input type="checkbox"/> Oui, MRGN <input type="checkbox"/> Oui, ERV <input type="checkbox"/> Oui, autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Dose	<input type="text"/>	Poids	<input type="text"/>
Dose correcte?	<input type="checkbox"/> Oui, dose correcte <input type="checkbox"/> Non, dosage trop faible <input type="checkbox"/> Non, dosage trop élevé <input type="checkbox"/> Non, pas de précision supplémentaire	Dose adaptée au poids	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Une répétition de la dose est-elle nécessaire?	<input type="checkbox"/> Oui, en raison de la longue durée d'intervention <input type="checkbox"/> Oui, en raison d'une perte massive de sang <input type="checkbox"/> Oui, en raison de la circulation extracorporelle <input type="checkbox"/> Oui, en raison d'un besoin de dose(s) postopératoire(s) <input type="checkbox"/> Oui, pour une autre raison <input type="checkbox"/> Non (dose unique)	Le patient a-t-il reçu une répétition de la dose?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Moment de début correct?	<input type="checkbox"/> Oui, le timing de début est correct <input type="checkbox"/> Non, administration trop précoce <input type="checkbox"/> Non, administration trop tardive <input type="checkbox"/> Non, pas de spécification supplémentaire	Quand l'administration du PAP a-t-elle été mise en place?	<input type="checkbox"/> Date de pré-intervention <input type="checkbox"/> Plus de 2 heures avant l'incision (le jour de l'intervention) <input type="checkbox"/> 60-120 min avant l'incision <input type="checkbox"/> 30-60 min avant l'incision <input type="checkbox"/> 0-30 min avant l'incision <input type="checkbox"/> Après le début de l'incision, pendant l'intervention <input type="checkbox"/> Après la fin de l'intervention
Durée correcte?	<input type="checkbox"/> Oui, durée correcte <input type="checkbox"/> Non, administration trop courte <input type="checkbox"/> Non, administration trop longue <input type="checkbox"/> Non, pas de précision supplémentaire	Combien de temps la PAP a-t-elle duré?	<input type="checkbox"/> Durée de l'intervention <input type="checkbox"/> Plus longue que l'intervention, <24h <input type="checkbox"/> >24h

Formulaire SSI3B Infections du site opératoire

Identification patient du

Date d'intervention ___/___/___

Catégorie de chirurgie Code opération 1 2 3
numéro de suivi

Date de l'ISO ___/___/___
Type d'infection Partie superficielle de l'incision Partie profonde de l'incision Organe/espace anatomique

Infection de l'incision secondaire ? Non: infection de l'incision primaire Oui : infection de l'incision secondaire Non applicable, pas d'incision secondaire Inconnu

Diagnostique d'ISO.: Pendant le séjour hospitalier post-opératoire En polyclinique Après la sortie de l'hôpital: chirurgien, consultation privée Après la sortie: médecin généraliste Après la sortie: réadmission Autre Inconnu

Septicémie secondaire ? Oui Non Inconnu Ré-intervention ? Oui Non Inconnu

Réadmission ? Oui Non Inconnu

Culture prélevée? Oui Non Inconnu

Origine de l'échantillon de Plaie Sang Os/articulation Liquide céphalo-rachidien Voies respiratoires basses Appareil reproducteur Tissus mous Autre Inconnu

Numéro d'identification de l'échantillon

Date du prélèvement ___/___/___

Données sur la culture et la résistance

Culture	Test	Résultat

1.3. FORMULAIRES A UTILISER EN CAS DE L' EVALUATION DE LA PAP SANS SURVEILLANCE ISO

Pour plus d'informations sur les variables et la manière d'enregistrer correctement les données, veuillez vous référer aux définitions des données/instructions d'enregistrement disponibles à l'annexe 1.

Formulaire SSI1	Données de participation	
Enregistrement des données	PAP évaluation sans surveillance ISO	
Date de début de l'évaluation	___/___/___	Date de fin de l'évaluation ___/___/___
Médecin responsable Numéro INAMI	<input type="text"/>	
Catégorie de chirurgie choisie	<input type="text"/>	
La sélection des procédures chirurgicales par catégorie de chirurgie a été effectuée selon la description de référence et/ou la liste des codes ICD-10-PCS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'hôpital a fait sa propre sélection		
Quels sont les indicateurs évalués?	<input type="checkbox"/> Indicateur de produit <input type="checkbox"/> Indicateur de dose <input type="checkbox"/> Indicateur de schéma posologique <input type="checkbox"/> Indicateur de moment de début <input type="checkbox"/> Indicateur de durée <input type="checkbox"/> Indicateurs globaux <input type="checkbox"/> Pas d'autres indicateurs, seulement l'évaluation de l'indication	Quelles sont les directives en matière de prophylaxie antibiotique appliquées dans l'hôpital? <input type="checkbox"/> IGGI guide <input type="checkbox"/> BAPCOC - Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier 2017 <input type="checkbox"/> The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2012-2013 <input type="checkbox"/> ASHP Guidelines 'Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery <input type="checkbox"/> Autre

Formulaire PAP Évaluation de la prophylaxie antibiotique périopératoire

Identification du patient	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Date de naissance	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Date d'intervention	___/___/___	Sexe	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Inconnu
Catégorie de chirurgie	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Code opération numéro de suivi	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PAP a-t-elle été administrée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	PAP indication?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel produit?	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Allergie à la pénicilline ?	<input type="checkbox"/> Oui, à médiation IgE <input type="checkbox"/> Oui, non médiée par les IgE <input type="checkbox"/> Oui, type inconnu <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
		Colonisation MDRO	<input type="checkbox"/> Oui, SARM <input type="checkbox"/> Oui, MRGN <input type="checkbox"/> Oui, ERV <input type="checkbox"/> Oui, autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Produit correct?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dose	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Poids	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Dose adaptée au poids	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Dose correcte?	<input type="checkbox"/> Oui, dose correcte <input type="checkbox"/> Non, dosage trop faible <input type="checkbox"/> Non, dosage trop élevé <input type="checkbox"/> Non, pas de précision supplémentaire		
Une répétition de la dose est-elle nécessaire?	<input type="checkbox"/> Oui, en raison de la longue durée d'intervention <input type="checkbox"/> Oui, en raison d'une perte massive de sang <input type="checkbox"/> Oui, en raison de la circulation extracorporelle <input type="checkbox"/> Oui, en raison d'un besoin de dose(s) postopératoire(s) <input type="checkbox"/> Oui, pour une autre raison <input type="checkbox"/> Non (dose unique)	Le patient a-t-il reçu une répétition de la dose?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Moment de début correct?	<input type="checkbox"/> Oui, le timing de début est correct <input type="checkbox"/> Non, administration trop précoce <input type="checkbox"/> Non, administration trop tardive	Quand l'administration du PAP a-t-elle été mise en place?	<input type="checkbox"/> Date de pré-intervention <input type="checkbox"/> Plus de 2 heures avant l'incision (le jour de l'intervention) <input type="checkbox"/> 60-120 min avant l'incision <input type="checkbox"/> 30-60 min avant l'incision <input type="checkbox"/> 0-30 min avant l'incision <input type="checkbox"/> Après le début de l'incision, pendant l'intervention

Durée correcte?	<input type="checkbox"/> Non, pas de spécification supplémentaire	Combien de temps la PAP a-t-elle duré?	<input type="checkbox"/> Après la fin de l'intervention
	<input type="checkbox"/> Oui, durée correcte		<input type="checkbox"/> Durée de l'intervention
	<input type="checkbox"/> Non, administration trop courte		<input type="checkbox"/> Plus longue que l'intervention, <24h
	<input type="checkbox"/> Non, administration trop longue		<input type="checkbox"/> >24h
	<input type="checkbox"/> Non, pas de précision supplémentaire		