Fiche de signalement des Infections Nosocomiales
à transmettre sans délai à la DDASS et au CCLIN

Rappel : Selon le décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001, certains cas d'infections nosocomiales doivent être signalés conjointement à la DDASS et au C.CLIN de votre inter-région (article R. 711-1-14). L'épisode qui doit être signalé peut être constitué de plusieurs cas d'infections nosocomiales, notamment lorsque les caractéristiques ou modalités de survenue du ou des premiers cas ne permettent pas d'emblée de répondre aux critères énoncés ci-dessous.

Etablissement : ……

Code FINESS (obligatoire) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : ……

……

……

Code postal : |__|__|__|__|__|

Ville : ……

Statut : ❑ Public ❑ Privé ❑ PSPH

Type : ❑ CHU ❑ CH ❑ H. Local ❑ Psy
❑ MCO ❑ SSR ❑ SLD ❑ Mil
❑ CLCC ❑ HAD ❑ Autre

Personne responsable du signalement :
(si différente du praticien en hygiène)
Nom : ……
Fonction : ……
Tel : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Fax : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
E-mail : ……

Praticien en hygiène ou autre personne contact :
Nom : ……
Fonction : ……
Tel : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Fax : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
E-mail : ……

Evènement n° |__|__|__|2|0|0|__| (1) Nombre de cas : |__|__|__| Dont décédés : |__|__|

Date de début du 1er cas : |__|__|__|__|2|0|0|__|

Si plusieurs cas, date du dernier cas connu : |__|__|__|__|2|0|0|__|

Cet épisode se rapporte-t-il à un épisode déjà signalé ? ❑ Oui Date : |__|__|__|__|2|0|0|__| ❑ Non

(1) : X AAAA, où X est le Xième évènement signalé par l'établissement depuis le début de l'année et AAAA l'année.

Motifs de signalement (à cocher obligatoirement, une ou plusieurs cases) :

❑ 1.Infection nosocomiale ayant un **caractère rare ou particulier** du fait :
- ❑ 1.a. De **l'agent pathogène** en cause (nature, caractéristiques, ou profil de résistance)
  Agent pathogène envoyé au CNR ❑ Oui Date : |__|__|__|__|2|0|0|__| ❑ Non
- ❑ 1.b. De la **localisation** de l'infection
- ❑ 1.c. De l'utilisation d'un **dispositif médical** (DM), lequel : ……
- ❑ 1.d. De procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir **exposé d'autres personnes** au même risque infectieux, lors d'un acte invasif, lesquelles : ……
  Si un **produit de santé** est concerné, lequel : ……

❑ 2. **Décès** lié à une infection nosocomiale

❑ 3. Infection nosocomiale suspecte d'être causée par un germe présent dans **l'eau ou dans l'air environnant**

❑ 4. Maladie devant faire l'objet d'une **Déclaration Obligatoire** et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée
D.O. faite pour cette maladie : ❑ Oui Date : |__|__|__|__|2|0|0|__| ❑ Non

❑ Autre, précisez : ……

Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas ❑ Oui ❑ Non Si oui, précisez type et date

❑ pharmaco- ❑ hémo- ❑ bio- ❑ matério-vigilance Date : |__|__|__|__|2|0|0|__|

Justification des critères de signalement, description de l'évènement (éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, n° de fiche vigilance éventuel, etc.) :

Description de l'évènement (*joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes*) :

- **Epidémie ou cas groupés :** ❑ Oui, précisez ……..……..……..……..… ❑ Non
- **Caractère nosocomial** : ❑ Certain ❑ Probable
- **Origine du (des) cas** : ❑ Acquis dans l'établissement ❑ Importé(s)
- **Autre(s) établissement(s)** concerné(s) : ❑ Oui, le (s)quel(s) …..……..……
……. ❑ Non ❑ Ne sait pas
- **Service(s**) ou unité(s) concerné(s) : ……..……..……..…
……
- **Microorganisme(s)** en cause : ……...
  - ✓ Profil de résistance (joindre l'antibiogramme) : ……..……..…..
……...
- **Site(s) anatomique(s)** de l'infection : ……..……..
……

Investigations réalisées à la date du signalement
(*joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes*) : ❑ Oui ❑ Non ❑ En cours

✓ Précisez : ……..……
……..…
……..……

Hypothèse sur la cause de l'infection : ❑ Oui ❑ Non

✓ Précisez : ……..……...…...
……..…
……..……

Mesures correctives : (*joindre les documents établis par l'établissement rendus anonymes*)

- Prises à la date de signalement ❑ Oui ❑ Non ❑ Sans objet
- A prévoir à long terme : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas ❑ Sans objet

✓ Précisez : ……..……
……..……
……..……

Besoin d'expertise extérieure : ❑ Oui ❑ Non

✓ Précisez : ……..……
……..……

Pensez-vous que l'événement soit maîtrisé : ❑ Oui ❑ Non

✓ Précisez : ……..……
……

Commentaires du praticien en hygiène :

……..
……
……

Fait à : …… le : |__|__|__|__|2|0|0|__| Signature : ……...…..

A retourner sans délai à la DDASS et au CCLIN