

Annexe 5B — À remplir pour les nouveaux porteur-sains de SARM de 2010 identifiés à partir d'ISOLATS D'HÉMOCULTURE

Directives

- **Veillez remplir la Partie B pour tous les nouveaux porteurs de SARM identifiés à partir d'isolats d'hémoculture.**
 - Référez-vous au lexique des données de l'annexe 6 pour consulter les définitions et les notes explicatives.
 - Tout terme marqué d'un astérisque (*) sont définis à la fin de la question.
- **Demandez au laboratoire de conserver un isolat d'hémoculture par questionnaire**
 - Identifiez l'isolat à l'aide de l'abréviation « B », et
 - expédiez les isolats en temps opportun au LNM en utilisant les renseignements fournis à la page 6.

1	N° de l'établissement affilié au CCEH	_____		
2	Code d'identification unique <i>(doit comprendre le numéro de l'établissement, l'année et un code ordinal à trois chiffres, p. ex. 07A09001)</i>	_____	10	_____
		(n° de l'établissement)	(année)	(n° du cas)
3	Date de naissance <i>En l'absence de cette date, veuillez indiquer l'âge en années, en mois ou en jours</i>	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> années <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> jours
		JJ	MMM	AAAA
4	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
5	Date de l'admission	____ / ____ / ____		
		JJ	MMM	AAAA
6	Date de l'obtention de la première hémoculture positive	____ / ____ / ____		
		JJ	MMM	AAAA
7	Lieu de l'apparition de la bactériémie causée par le SARM <i>Cochez une seule case</i> * Aucun antécédent connu de SARM associé aux soins de santé; SARM identifié ≤ 48 heures après l'admission à l'hôpital; aucune hospitalisation dans les 12 mois précédents; aucune intervention chirurgicale ou dialyse dans les 12 mois précédents; aucun séjour dans un établissement de soins de longue durée dans les 12 mois précédents; pas de sonde à demeure ou de dispositif médical (p. ex., mise en place d'une sonde de Foley, aiguille à perfusion IV, trachéostomie, sonde d'alimentation).	<input type="checkbox"/> associé aux soins de santé, votre établissement de soins actifs <input type="checkbox"/> associé aux soins de santé, un autre établissement de soins actifs <input type="checkbox"/> associé aux soins de santé, établissement de soins de longue durée <input type="checkbox"/> exposition à d'autres milieux de soins de santé <input type="checkbox"/> d'origine communautaire* <input type="checkbox"/> Inconnu		

8	<p>Source probable de la bactériémie à SARM <i>Cocher une seule case</i></p>	<input type="checkbox"/> Bactériémie primaire/associée à un cathéter IV <input type="checkbox"/> Peau/tissus mous/brûlure <input type="checkbox"/> Fasciite nécrosante <input type="checkbox"/> Infection d'une plaie chirurgicale/blessure <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> Ostéomyélite/arthritis septique/bursite septique <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Pneumonie nécrosante <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Infection des voies urinaires/septicémie d'origine urinaire <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser: _____) <input type="checkbox"/> Inconnue/impossible à déterminer	
9	<p><i>Si la source probable de la bactériémie à SARM (question 8) était une pneumonie ou une pneumonie nécrosante,</i></p> <p>Observe-t-on la présence simultanée d'une grippe concomitante* ou récente confirmée en laboratoire*** ?</p> <p>* Le patient présentait simultanément une grippe infectieuse et une infection à SARM; et les symptômes de la grippe ont été observés moins de 7 jours avant la détection. ** Le patient a guéri de sa grippe dans les 7 jours précédents. *** Tout test de laboratoire ayant donné un résultat positif pour la grippe A ou B.</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, récente <input type="checkbox"/> Oui, concomitante <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
10a	<p>Au moment où il a obtenu un résultat positif à l'hémoculture, le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • était-il dans un service de soins intensifs* <i>ou</i> avait-il quitté ce service depuis moins de 48 heures ET • était-il dans un service de soins intensifs* depuis au moins 48 heures ou avait-il séjourné dans un tel service pendant au moins 48 heures ? <p>* Comprend les soins médicaux, chirurgicaux ou médico-chirurgicaux, cardiovasculaires, coronariens, neurochirurgicaux, intermédiaires ou aux brûlés.</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10b	<p>Le patient était-il en hémodialyse au moment où l'hémoculture qui a testé positif était échantillonnée ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11	<p>Le patient est-il connu pour utiliser ou s'injecter des drogues par voie intraveineuse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12	<p>Pour les cas pédiatriques uniquement (moins de 18 ans d'âge), le patient est-il d'origine autochtone ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<p>Si oui</p> <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Ne sais pas
13	<p>Dans les 24 heures précédant l'échantillonnage de l'hémoculture qui a testé positif, quels sont les antibiotiques reçus par le patient ? <i>Cochez toutes les cases pertinentes</i></p>	<input type="checkbox"/> Vancomycine <input type="checkbox"/> Linézolide <input type="checkbox"/> Daptomycine <input type="checkbox"/> Tigécycline <input type="checkbox"/> Ceftobiprole <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Aucun antibiotique	

14	<p>Dans les 24 heures après que l'infection à SARM ait été décelée/signalée, quels sont les antibiotiques reçus par le patient ? <i>Cochez toutes les cases pertinentes</i></p>	<input type="checkbox"/> Vancomycine <input type="checkbox"/> Linézolide <input type="checkbox"/> Daptomycine <input type="checkbox"/> Tigécycline <input type="checkbox"/> Ceftobiprole <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Aucun antibiotique				
15	<p>Dans les 30 jours suivant l'obtention de la première hémoculture positive, le patient a-t-il été admis dans un service de soins intensifs* ? <small>* Comprend les soins médicaux, chirurgicaux ou médico-chirurgicaux, cardio-vasculaires, coronariens, neurochirurgicaux, intermédiaires ou aux brûlés</small></p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas				
16a	<p>Issue 30 jours après l'obtention de la première hémoculture positive</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="854 651 1133 905"> <input type="checkbox"/> Le patient est toujours hospitalisé allez à la question 17a </td> <td data-bbox="1133 651 1421 905"> <input type="checkbox"/> Le patient a quitté l'hôpital Indiquez la date ci dessous <input type="checkbox"/> Le patient est décédé Indiquez la date ci dessous </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="854 798 1421 905"> Date du congé de l'hôpital ou du décès : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Le patient est toujours hospitalisé allez à la question 17a	<input type="checkbox"/> Le patient a quitté l'hôpital Indiquez la date ci dessous <input type="checkbox"/> Le patient est décédé Indiquez la date ci dessous	Date du congé de l'hôpital ou du décès : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
<input type="checkbox"/> Le patient est toujours hospitalisé allez à la question 17a	<input type="checkbox"/> Le patient a quitté l'hôpital Indiquez la date ci dessous <input type="checkbox"/> Le patient est décédé Indiquez la date ci dessous					
Date du congé de l'hôpital ou du décès : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA						
16b	<p>Si le patient a reçu son congé de l'hôpital dans les 30 jours et y a été réadmis, était-ce en raison d'une infection à SARM récurrente ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas				
17a	<p>Le patient a-t-il reçu un résultat positif d'une culture autre que l'hémoculture plus de 48 heures avant l'obtention de la première hémoculture positive ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui (<i>Continuez à la question 17b</i>) <input type="checkbox"/> Non (<i>Fin du questionnaire</i>)				
17b	<p><i>Si vous avez répondu OUI à la question 17a,</i> Date du prélèvement ayant donné lieu à la première culture positive autre que l'hémoculture chez ce patient</p>	____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA				
17c	<p>Site(s) de prélèvement de ou des échantillons non sanguins ayant donné le premier résultat positif (c-à-d de quel organe) <i>Cochez toutes les cases pertinentes</i></p>	<input type="checkbox"/> nez <input type="checkbox"/> région périnéale, rectale ou périméale <input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale/blessure <input type="checkbox"/> Peau/tissus mous/brûlure <input type="checkbox"/> Orifice de sortie à la peau d'un cathéter IV <input type="checkbox"/> Expectations/sécrétions des voies respiratoires inférieures <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____ <input type="checkbox"/> Inconnu/impossible à déterminer				
17d	<p>Au moment où le patient a obtenu le premier résultat positif à une ou des cultures autres que l'hémoculture, respectait-il les critères d'une infection à SARM ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas				
17e	<p>Où le SARM (autre que celui entraînant une bactériémie) a-t-il été contracté ? <i>Cocher une seule case</i> <small>* Aucun antécédent connu de SARM associé aux soins de santé; SARM identifié < 48 heures après l'admission à l'hôpital; aucune hospitalisation dans les 12 mois précédents; aucune intervention chirurgicale ou dialyse dans les 12 mois précédents; aucun séjour dans un établissement de soins de longue durée dans les 12 mois précédents; pas de cathéter à demeure ou de dispositif médical (p. ex., mise en place d'une sonde de Foley, aiguille à perfusion IV, trachéostomie, sonde d'alimentation).</small></p>	<input type="checkbox"/> associé aux soins de santé, votre établissement de soins actifs <input type="checkbox"/> associé aux soins de santé, un autre établissement de soins actifs <input type="checkbox"/> associé aux soins de santé, établissement de soins de longue durée <input type="checkbox"/> exposition à d'autres milieux de soins de santé <input type="checkbox"/> d'origine communautaire* <input type="checkbox"/> d'origine inconnue				