

DÉCLARATION CAS PAR CAS DES COLONISATIONS ET DES INFECTIONS À BGNPC

Nosokos Système d'information SPIN (SI-SPIN) | Déconnexion

Accueil ▾ Infection ▾ Déclaration périodique ▾ Gestion ▾ Rapports ▾ Recherche avancée ▾ Documentation

Validation d'une infection nosocomiale ?

Ce patient possède des fiches d'infection. Cliquez ici pour voir l'historique au bas de la page.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|----------------|------------|-----|------------------------------|----------------------|----------|----------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Patient * ?</div> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Modifier...</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Installation</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">No. dossier</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Sexe</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Date de naissance</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Femme</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">1931-07-02</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Âge</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Âge au moment de l'infection</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Poids à la naissance</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">85 an(s)</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">85 an(s)</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">- g</td> </tr> </table> | Installation | No. dossier | Sexe | Date de naissance | Femme | 1931-07-02 | Âge | Âge au moment de l'infection | Poids à la naissance | 85 an(s) | 85 an(s) | - g | <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Co-variable(s)/facteur(s) de risque [1]?</div> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Modifier...</div> <ul style="list-style-type: none"> BGNPC – Nouvelle colonisation Aucune autre co-variable ou facteur de risque noté au dossier | <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Numéro d'infection</div> <div style="text-align: right; font-weight: bold;">2017-1150</div> <p>Date de saisie: 2017-04-05</p> <p>Date de diagnostic * ? : 2017-02-05</p> <p>Date de début d'infection ? : AAAA-MM-JJ</p> <p>Date d'admission à l'hôpital ? : 2017-02-01</p> <p>Date de congé ? : AAAA-MM-JJ</p> <p>Diagnostic d'admission</p> |
| Installation | No. dossier | | | | | | | | | | | | | |
| Sexe | Date de naissance | | | | | | | | | | | | | |
| Femme | 1931-07-02 | | | | | | | | | | | | | |
| Âge | Âge au moment de l'infection | Poids à la naissance | | | | | | | | | | | | |
| 85 an(s) | 85 an(s) | - g | | | | | | | | | | | | |
| <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Type d'infection * ?</div> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Modifier...</div> <p>Regroupement: Colonisation</p> <p>Type: Colonisation à un bacille à Gram négatif producteur de carbapénémases</p> | <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Fiche(s) complémentaire(s)</div> <ul style="list-style-type: none"> Origine présumée d'acquisition de la souche (ERV ou BGNPC seulement)* | <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Origine présumée d'acquisition * ?</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Localisation</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Date d'arrivée</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Date de départ</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">Médecine</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">-</td> <td style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">-</td> </tr> </table> <p style="font-size: 0.8em;">Infection reliée à l'installation déclarante. ▾</p> | Localisation | Date d'arrivée | Date de départ | Médecine | - | - | | | | | | |
| Localisation | Date d'arrivée | Date de départ | | | | | | | | | | | | |
| Médecine | - | - | | | | | | | | | | | | |
| <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Micro-organisme(s)* [1]?</div> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Ajouter...</div> <p>Type micro-organisme: Escherichia coli</p> <p>Date de prélèvement: 2017-02-05</p> <p>Type d'analyse du MSSS: Carbapénémases (Détection chez les entérobactéries)</p> <p>Gène(s) de résistance: KPC</p> | <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Évolution* ?</div> <p>Soins intensifs ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu</p> <p>Réadmission * ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu</p> <p>Hospitalisation * ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu</p> <p>Décès * ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu</p> <p>Date de décès* : AAAA-MM-JJ</p> | <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Service(s) médical(aux) * ?</div> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Modifier...</div> <p>[1]</p> <ul style="list-style-type: none"> Autre | | | | | | | | | | | | |
| <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Chirurgie(s) et procédure(s) invasive(s)?</div> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Ajouter...</div> <p>Aucune chirurgie / procédure invasive</p> | | | | | | | | | | | | | | |

Mis à jour le 1^{er} avril 2017