



FICHE PATIENT

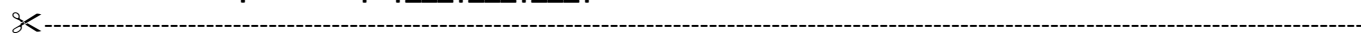
RÉANIMATION ADULTE / NÉONATOLOGIE / PÉDIATRIQUE

SERVICE de NÉONATOLOGIE

RHC-CPIAS Surveillance 2018 des bactériémies

ÉTIQUETTE

Numéro de fiche patient |R|_|_|_|_|



Numéro de fiche patient |R|_|_|_|_|

Code établissement |_|_|_|_|_|

Données administratives du patient

Discipline / spécialité	_ _ _ _ _ _ _ (annexe 3)
Date naissance (jj/mm/aaaa)	_ _ _ _ _ _ _
Sexe	_ 1. Homme 2. Femme
Date d'entrée dans le service (jj/mm/aaaa)	_ _ _ _ _ _ _
Provenance adulte/enfant	_ 1. <input type="checkbox"/> Domicile 2. <input type="checkbox"/> Ehpad 3. <input type="checkbox"/> MCO 4. <input type="checkbox"/> SSR 5. <input type="checkbox"/> SLD 6. <input type="checkbox"/> PSY 9. <input type="checkbox"/> autre, préciser _____
Provenance nouveau-né	_ 1. <input type="checkbox"/> Domicile 2. <input type="checkbox"/> unité néonat/maternité 3. <input type="checkbox"/> salle de naissance ou bloc obstétrical 4. <input type="checkbox"/> autre service de l'établissement 5. <input type="checkbox"/> autre établissement 9. <input type="checkbox"/> autre, préciser _____
Date de sortie du service (jj/mm/aaaa)	_ _ _ _ _ _ _
Patient décédé	_ 1=OUI 2=NON 9=NSP

Données relatives à l'exposition aux dispositifs invasifs |_|_| 1=OUI 2=NON 9=NSP

<p>➤ Cathéter N° _ </p> <ul style="list-style-type: none"> • Type de KT _ 1. CVC 2. CCI 3. Picc 4. Cathéter de dialyse 5. Cathéter veineux ombilical • Date de pose _ _ _ _ _ _ _ _ • Site d'insertion _ 1. Sous claviaire 2. Jugulaire 3. Fémoral 4. Périphérique 5. Ombilical 6. céphalique 7. Membre supérieur 8. Membre inférieur non fémoral 9. KT central inséré par voie ombilicale (KT Haumont) • Date de retrait _ _ _ _ _ _ _ _ 	
<p>➤ Cathéter N° _ </p> <ul style="list-style-type: none"> • Type de KT _ 1. CVC 2. CCI 3. Picc 4. Cathéter de dialyse 5. Cathéter veineux ombilical • Date de pose _ _ _ _ _ _ _ _ • Site d'insertion _ 1. Sous claviaire 2. Jugulaire 3. Fémoral 4. Périphérique 5. Ombilical 6. céphalique 7. Membre supérieur 8. Membre inférieur non fémoral 9. KT central inséré par voie ombilicale (KT Haumont) • Date de retrait _ _ _ _ _ _ _ _ 	
<p>➤ Cathéter N° _ </p> <ul style="list-style-type: none"> • Type de KT _ 1. CVC 2. CCI 3. Picc 4. Cathéter de dialyse 5. Cathéter veineux ombilical • Date de pose _ _ _ _ _ _ _ _ • Site d'insertion _ 1. Sous claviaire 2. Jugulaire 3. Fémoral 4. Périphérique 5. Ombilical 6. céphalique 7. Membre supérieur 8. Membre inférieur non fémoral 9. KT central inséré par voie ombilicale (KT Haumont) • Date de retrait _ _ _ _ _ _ _ _ 	

Bactériémie

|_|_| 1=OUI 2=NON 9=NSP SI OUI => REMPLIR UNE FICHE « BACTÉRIÉMIE »