

Partie 1 : description de l'épisode

Patient : Identifiant : _____ (par exemple : 2 premières lettres du nom et 1^{ère} lettre du prénom)

Age : |_|_|_|

 Sexe : F / H

Poids (kg) : |_|_|_|

CKD : |_|_|_|

 Allergie aux antibiotiques : Oui (préciser : _____) Non

 Immunodépression : Oui Non

Service de séjour : _____

Prescription :

Rappel : les traitements démarrés avant le début de la période d'audit, les traitements initiés en ambulatoire ou dans un autre établissement, ou en EHPAD ou HAD, et les antibioprophylaxies chirurgicales sont exclus.

 Prescription réalisée : Dans le service de séjour Dans un autre service Aux urgences

 Prescripteur : Interne Sénior

 Avis du référent antibiotiques demandé ? Oui Non

Type d'infection (cocher 1 seule case) :

<p>ORL</p> <input type="checkbox"/> OMA <input type="checkbox"/> Sinusite maxillaire <input type="checkbox"/> Autre forme de sinusite <input type="checkbox"/> Infection dentaire et parodontale <p>Respiratoire</p> <input type="checkbox"/> Exacerbation de bronchopneumopathie chronique <input type="checkbox"/> Pneumonie aiguë communautaire <p>Urinaire</p> <input type="checkbox"/> Cystite <input type="checkbox"/> Pyélonéphrite aiguë <input type="checkbox"/> Infection urinaire masculine	<p>Cutanée</p> <input type="checkbox"/> Infection cutanée (DHBNN) <p>Digestive</p> <input type="checkbox"/> Infection digestive (cholécystite, sigmoïdite, angiocholite) <p>Autre</p> <input type="checkbox"/> Infection ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> Antibioprophylaxie après une morsure <input type="checkbox"/> Hyperthermie isolée <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé dans le dossier
---	--

 Infection communautaire ou associée aux soins ? Communautaire Associée aux soins Non précisé

Type de prélèvement : Pas de prélèvement HC LBA ECBU Autre : _____

Germe identifié : Oui Non

Germe : Espèce : _____ Date résultat définitif (incluant ABgramme) : |_|_|_|_|

 Antibiogramme : souche Amoxicilline-ac. Clavulanique : SFP R S Non précisé

 Bactérie multi-résistante ? Oui Non Non précisé

Traitement antibiotique :

 Initial ou de relai ? Initial De relai

 Probabiliste ou documenté ? Probabiliste Documenté

Molécule	Posologie (dose + nb de prises/jour)	Date de début	Date de fin	Durée (j)	Voie (initiale)
ATB1 : AAC		_ _ _	_ _ _		<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IV
ATB2 : autre		_ _ _	_ _ _		<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IV
		_ _ _	_ _ _		<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IV
		_ _ _	_ _ _		<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IV

Réévaluation effectuée à : -H72 : Oui Non non adapté -J7 : Oui Non non adapté

Cas n° :

Item n°	Libellé	Oui	Non	NA*
1	L'indication de l'antibiothérapie est pertinente*			
2	Le choix de la molécule est pertinent			
3	La posologie est pertinente			
4	La durée est pertinente			
5	La voie d'administration est pertinente			
6	La réévaluation** à H72 a été réalisée			
7	La réévaluation** à J7 a été réalisée			

* Si l'indication de l'antibiothérapie n'est pas pertinente : noter NA (non adapté) pour les items 2 à 7

Si le choix de la molécule n'est pas pertinent, cocher NA pour les items 3 à 7

Cocher NA pour les items 6 et 7 si le patient est sorti avant H72 ou J7

** Cocher oui si la réévaluation est tracée de manière explicite (voir annexe 1 du protocole pour définition)

Commentaires sur cet épisode : (notamment : noter les raisons en cas d'indication ou choix de molécule non pertinents)