



# URI-EHPAD : Audit de la prise en charge des infections urinaires en EHPAD

Cas n° :

## Partie 1 : description de l'épisode

**Patient :** Age : |\_\_|\_\_|\_\_| Sexe :  F /  H Poids (kg) : |\_\_|\_\_|\_\_| GIR : |\_\_|  
 Si âge ≥65 et <75 ans : Score de Fried : |\_\_| Clairance : |\_\_|\_\_|\_\_| ml/mn (à défaut : créatinine : |\_\_|\_\_|\_\_|)

Allergie aux antibiotiques :  Oui (préciser : \_\_\_\_\_)  Non

Anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire :  Oui  Non Immunodépression :  Oui  Non

Dispositif urinaire :  Oui (note : cocher Oui également si dispositif enlevé depuis moins de 7 jours)  Non

**Signes cliniques :**  Aucun

Pollakiurie  Brûlures mictionnelles  Dysurie  Douleurs lombaires  Hématurie

Fièvre  Frissons  Hypothermie  Douleur sus-pubienne

Incontinence urinaire récente  Urines troubles et/ou malodorantes

Confusion, chute, décompensation d'une comorbidité, altération de l'état général par rapport à l'état antérieur

Présence d'un résidu mictionnel (mesure par bladder-scan ou échographie)

Autre (préciser : \_\_\_\_\_)

**Examens complémentaires :**  Aucun

**1-Bandelette urinaire :**  Oui – Résultats : Nitrites |\_\_| Leucocytes |\_\_| (noter + ou -)  Non

**2-ECBU**  Oui – Date du prélèvement : |\_\_|\_\_|\_\_|  Non

Leucocytes/ml :  <10<sup>4</sup>  ≥10<sup>4</sup> Plurimicrobien :  Oui  Non

Germe : Espèce : \_\_\_\_\_ Date d'identification : |\_\_|\_\_|\_\_|

Numération / ml :  <10<sup>3</sup>  ≥10<sup>3</sup> et <10<sup>4</sup>  ≥10<sup>4</sup> et <10<sup>5</sup>  ≥10<sup>5</sup>

Antibiogramme : entourer S / I-R (sensible / Intermédiaire ou Résistant) ou ND (non disponible)

Ampicilline	S / I-R / ND	Imipénème	S / I-R / ND	Ofloxacine	S / I-R / ND
Amoxicilline-ac. clavulanique	S / I-R / ND	Ertapénème	S / I-R / ND	Ciprofloxacine	S / I-R / ND
Pipéracilline	S / I-R / ND	Gentamicine	S / I-R / ND	Fosfomycine	S / I-R / ND
Pipéracilline-tazobactam	S / I-R / ND	Amikacine	S / I-R / ND	Pivmicillinam	S / I-R / ND
Céfotaxime	S / I-R / ND	Sulfaméthoxazole-triméthoprim	S / I-R / ND	Furadantine	S / I-R / ND
Céfépime	S / I-R / ND	<b>Bactérie Multi-Résistante :</b>			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**3-Biologie** comprenant CRP, urée et créatinine :  Oui  Non

**4-Autre examen complémentaire :**  Oui (Préciser : \_\_\_\_\_)  Non

**Diagnostic :**  Cystite aiguë simple  Pyélonéphrite aiguë simple sans signe de gravité  
 Cystite aiguë à risque de complication  Pyélonéphrite aiguë à risque de complication sans signe de gravité  
 Pyélonéphrite aiguë grave  Infection urinaire masculine  
 Infection urinaire, sans précision  Colonisation avec indication retenue à une antibiothérapie

**Traitement antibiotique :**

Molécule + Posologie (dose + nb de prises/jour)	Probabiliste ?	Date de début	Date de fin	Voie
ATB1 : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ __ __	__ __ __	<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IM / <input type="checkbox"/> IV / <input type="checkbox"/> SC
ATB2 : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ __ __	__ __ __	<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IM / <input type="checkbox"/> IV / <input type="checkbox"/> SC
ATB3 : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ __ __	__ __ __	<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IM / <input type="checkbox"/> IV / <input type="checkbox"/> SC
ATB4 : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ __ __	__ __ __	<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IM / <input type="checkbox"/> IV / <input type="checkbox"/> SC

**Réévaluation effectuée à :** -H72 :  Oui  Non  non adapté -J7-J10 :  Oui  Non  non adapté

**Si sonde vésicale, retrait ? :**  Oui (date : |\_\_|\_\_|\_\_|)  Non **Hospitalisation :**  Oui (date : |\_\_|\_\_|\_\_|)  Non

**Contrôle après traitement et bilan :**  Aucun  Bandelette urinaire  ECBU  
 Autre – Préciser : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques à la fin du traitement :**  Aucun

Pollakiurie  Brûlures mictionnelles  Dysurie  Douleurs lombaires  Hématurie

Douleur sus-pubienne  Incontinence urinaire récente

Urines troubles et/ou malodorantes  Présence d'un résidu mictionnel

Cas n° :

Item n°	Libellé	Oui	Non	NA
1	Les moyens diagnostiques sont adaptés ? (BU/ECBU)			
2	L'indication de l'antibiothérapie est pertinente			
3	Le choix de la molécule est pertinent			
4	La posologie est pertinente			
5	La durée est pertinente			
6	La voie d'administration est pertinente			
7	La réévaluation à H72 a été réalisée			
8	La réévaluation à J7-J10 a été réalisée			
9	Le contrôle après traitement est pertinent			
10	Le bilan étiologique réalisé est pertinent			

**Commentaires sur cet épisode :**