

**Ward Form/ Description du service** (Obligatoire : Remplir 1 formulaire pour chaque service inclus dans l'enquête)  
**N'inclure que les patients hospitalisés "admis avant et présents à 08:00 heures" le jour du PPS**

Date de l'enquête (jj/mm/année) _____/_____/_____		Personne remplissant le formulaire (Auditor code): _____		
Nom de l'hôpital: _____		Nom du Service: _____		
Type de service:  Cocher le type concerné	Service adulte		Service de pédiatrie	
	<input type="checkbox"/> AMW (Médecine Adulte général ou mixte) <input type="checkbox"/> HO-AMW (Méd Hématologie-cancérologie) <input type="checkbox"/> T-AMW (Méd transplant organe/moelle) <input type="checkbox"/> P-AMW (Méd Pneumologie) <input type="checkbox"/> CAR-AMW (Méd Cardiologie) <input type="checkbox"/> NEU-AMW(Neurologie) <input type="checkbox"/> REN-AMW (Néphrologie) <input type="checkbox"/> ID-AMW (Maladies infectieuses) <input type="checkbox"/> DB-AMW (Dermatologie-brûlures) <input type="checkbox"/> PSY-AMW (Psychiatrie) <input type="checkbox"/> REH-AMW (Rehabilitation) <input type="checkbox"/> GER-AMW (Méd Gériatrie) <input type="checkbox"/> LTC-AMW (Soins de longue durée) <input type="checkbox"/> OBG-AMW (Gynécologie obstétrique) <input type="checkbox"/> IS-AMW (quartier d'isolement; p.e. COVID)	<input type="checkbox"/> ASW (Chirurgie Adulte général ou mixte) <input type="checkbox"/> DIG-ASW (Chirurgie digestive) <input type="checkbox"/> ORT-ASW (Orthopédie - Chirurgie traumatologique) <input type="checkbox"/> URO-ASW (Chirurgie urologique) <input type="checkbox"/> CV-ASW (Chirurgie cardio-vasculaire) <input type="checkbox"/> NEU-ASW (Neurochirurgie) <input type="checkbox"/> ONCO-ASW (Chirurgie du cancer- oncologie) <input type="checkbox"/> PLAS-ASW (Chirurgie plastique, reconstructive) <input type="checkbox"/> ENT-ASW (Chir. du nez, de la gorge et des oreilles)  <input type="checkbox"/> AICU (Soins intensifs, adulte général ou mixte) <input type="checkbox"/> MED-AICU (Soins intensifs Médical) <input type="checkbox"/> SUR-AICU (Soins intensifs Chirurgie) <input type="checkbox"/> CAR-AICU (Soins intensifs Cardiologie) <input type="checkbox"/> AHDU (Unité de haute dépendance)	<input type="checkbox"/> PMW (Médecine pédiatrique) <input type="checkbox"/> HO-PMW (Hématologie-Oncologie) <input type="checkbox"/> T-PMW (Méd transplant organe/moelle) <input type="checkbox"/> PSW (Chirurgie pédiatrique) <input type="checkbox"/> PICU (Unité de soins intensifs pédiatriques) <input type="checkbox"/> ID-PMW (Service Maladie infectieuse)  <u>Service de néonatalogie:</u> <input type="checkbox"/> NMW (Service de médecine néonatale) <input type="checkbox"/> NICU (Soins intensifs Néonatal)	
Service d'activités mixtes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>Activité:</b> Cochez si appropriée. Si service avec "activités mixtes" : cocher les activités concernées		<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Soins intensifs
Total des patients présents dans le service, pour le(s) activité(s) concerné(es), à 8.00h le jour de l'enquête. Si "activités mixtes" remplir les colonnes correspondantes				
Total des lits du service, pour le(s) activité(s) concerné(es), à 8.00 h jour de l'enquête. Si "activités mixtes" remplir les colonnes correspondantes				
<b>La section suivante doit être remplie " seulement " si vous participez au module Infections nosocomiales (HAI)</b>				
Nombre total « des patients hospitalisés » admis avec l'un des "dispositifs invasifs" suivants insérés à 8h00 le jour du PPS	Cathéter urinaire à demeure (UC)			
	Au moins un cathéter vasculaire/intraveineuse périphérique (PVC)			
	Cath. Vasc. Central, pas de port veineux implantable (CVC)			
	Ventilation mécanique non-invasive pos. et nég. (CPAP, BiPAP, CNEP)			
	Intubation endotrachéale respiratoire invasive (IRI) <sup>1</sup>			
	Tubes et drains insérés (T/D) <sup>2</sup>			

<sup>1</sup> comprennent la trachéostomie

<sup>2</sup> Tubes et drains insérés : comprennent les patients ayant des tubes de néphrostomie, des tubes et drains intra-abdominaux, des dérivations du liquide céphalorachidien, etc.



**GLOBAL-PPS PATIENT Form** (Obligatoire: Remplir 1 formulaire pour chaque patient ayant un traitement antimicrobien en cours à 8.00h le jour du PPS)

Nom/Code du service	Activité <sup>1</sup> M, S, IC	Identifiant patient <sup>2</sup>	Survey Number - Recopier ci-dessous le N° généré par le programme de saisie <sup>3</sup>	Age <sup>4</sup>			Poids actuel* en kg	Nouveau-né (facultatif)		Sexe M, F, U
				Ans (≥ 2 ans)	Mois (1-23mois)	Jours (si <1mois)		âge gestationnel*	poids à la naissance* (kg)	

Traitement basé sur biomarqueur ou GB		0 Oui – 0 Non		Culture(s) envoyée(s) au laboratoire pour documenter l'infection* (Cocher si oui)			
Si oui, lequel: CRP, PCT, autre ou GB <sup>5</sup>	Type d'échantillonnage (Sang/urine/autre)	La valeur la plus relevante le jour du PPS		<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Liquide céphalorachidien	<input type="checkbox"/> BAL (échantillon resp. protégé)	
		Valeur	Unité <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Plaie (chir. /biopsie)	<input type="checkbox"/> Expect. /aspiration bronchique	
				<input type="checkbox"/> Selle		<input type="checkbox"/> Autre type de prélèvement	

Agent(s) antimicrobien(s) (générique) <sup>7</sup>	1.	2.	3.	4.	5.
Date de début de l'antimicrobien* (jj/mm/année)					
Dose unitaire <sup>8</sup>	Unité (g, mg, IU, MU) <sup>9</sup>				
Doses/jour <sup>10</sup>	Voie (P, O, R, I, IM) <sup>11</sup>				
Diagnostic <sup>12</sup> (annex II)					
Circonstance <sup>13</sup> (annex III)					
Indication écrit dans le dossier (O/N) <sup>14</sup>					
Accord avec les recommandations (O,N,NA,NI) <sup>15</sup>					
Date d'arrêt/réévaluation mentionnée? (O/N)					
N doses manquées* <sup>16</sup>	Raison* (S,P,O,M,U) <sup>17</sup>				

Traitement (E: Empirique; T: Ciblé) <sup>18</sup>										
<b>Les données suivantes ne doivent être remplies que si le choix du traitement est fondé sur des données microbiologiques (Traitement=T) disponibles le jour du PPS</b>										
Maximum 3 micro-organismes (MO) à déclarer Maximum 1 type de résistance par MO à déclarer	MO	Type R **	MO	Type R **	MO	Type R **	MO	Type R **	MO	Type R **
Insérer les codes (voir Annexe IV, page 9)	MO 1									
	MO 2									
	MO 3									

**Variables facultatives** \* Le poids actuel, l'âge gestationnel (en nombre de semaines), le poids à la naissance, la date de début de l'antimicrobien et les cultures envoyées au laboratoire.  
**Type de résistance** \*\* - choisir entre: SARM<sup>19</sup>; SERM<sup>20</sup>; PNSP<sup>21</sup>; MLS<sup>22</sup>; ERV<sup>23</sup>; EBLSE (ESBL-producing Enterobacterales<sup>24</sup>); Entérobactérie R-C3G non BLSE; entérobactérie R-carb<sup>25</sup>; Pseudomonas ou Acinetobacter BLSE (ESBL-producing non fermenter Gram-negative bacilli<sup>26</sup>); Pseudomonas ou Acinetobacter R-carb (Carbapenem-resistant non fermenter Gram-negative bacilli<sup>27</sup>); autre BMR<sup>28</sup>; Azoles<sup>29</sup>. Encoder le micro-organisme même si le type de résistance est inconnu.  
**Remarque** : \* Le poids actuel, l'âge gestationnel (en nombre de semaines), le poids à la naissance, la date de début de l'antimicrobien et les cultures envoyées au laboratoire, les doses manquées et la raison sont des variables facultatives.



- <sup>1</sup> Activité : M : médecine (incluant psychiatrie, etc.), S : Chirurgie (incluant orthopédie, gynécologie-obstétrique, etc.), IC : soins intensifs, réanimation
- <sup>2</sup> Identifiant unique lié au patient au niveau local pour d'éventuelles vérifications. **Ne sera pas inclus dans la base de données.**
- <sup>3</sup> Survey number : Numéro unique généré par le programme de saisie WebPPS pour chaque patient inclus dans la base de données. Ne pas saisir dans la base de données mais noter sur la fiche d'enquête. Ce numéro apparaît une fois (seulement) après entrée et sauvegarde des données du patient.
- <sup>4</sup> Age du patient : Patient de plus de 2 ans : noter seulement le nombre d'années; patient entre 1 et 23 mois : noter seulement le nombre de mois; patient de moins d'un mois : noter le nombre de jours
- <sup>5</sup> Si le traitement est basé sur un biomarqueur, quel biomarqueur : **CRP** (=C-reactive protein), **PCT** (=Procalcitonin) or **Other** biomarqueurs en laboratoire autres que CRP, PCT ; ou **WBC** (=GB ; numération leucocytaire)
- <sup>6</sup> Unité utilisée pour exprimer la CRP ou PCT exprimée en mg/l, µg/L, ng/L, mg/dL, ng/dL, ng/mL, µg/mL, nmol/L.  
En milliers par microlitre (µL) pour la numération leucocytaire (le nombre normal de GB dans le sang est de 4 500 à 11 000 GB par microlitre)  
Calculateur de conversion est disponible ici : <http://unitslab.com/node/67> (CRP) et <http://unitslab.com/node/103> (procalcitonine).
- <sup>7</sup> Nom antimicrobien : Nom générique.
- <sup>8</sup> Dose unitaire : Nombre de grammes, de milligrammes, de UI ou UM par administration. **ATTENTION**, le type d'unité (g, mg, IU, MU) utilisé pour exprimer la dose unitaire est codé dans une case séparée (cf. ci-dessous)
- <sup>9</sup> Unité utilisée pour exprimer la dose (g, mg, IU ou MU)
- <sup>10</sup> Nombre de doses par jour (ex. toutes les 16h = 1.5 dose /jour ; toutes les 36h = 0.67 dose / jour ; toutes les 48h = 0.5 dose / jour)
- <sup>11</sup> Voie d'administration: Intraveineuse, intrathécale et intrapéritonéale=P, Intramusculaire=IM,, Orale=O, Rectale=R, Inhalation=I (voir protocole page 18)
- <sup>12</sup> Liste des codes diagnostics : cf annexe II
- <sup>13</sup> Liste des codes de circonstances de prescription : cf annexe III
- <sup>14</sup> L'indication retenue pour la prescription est-elle mentionnée dans le dossier au moment du début du traitement ? (Oui ou non)
- <sup>15</sup> Le « choix » de l'antibiotique (ne pas prendre en compte la dose, la voie d'administration, la durée etc...) est en accord avec des recommandations locales [O :Oui; N : Non; NA (« not assessable ») : pas de recommandation pour l'indication retenue ; NI: (« no information ») car la diagnostic/l'indication est inconnue]
- <sup>16</sup> N doses manquées : Nombre de doses manquées depuis la date de début du traitement antibiotique actuel jusqu'à la date de l'enquête. Si aucune dose n'a été oubliée, indiquez 0. Si inconnu, laissez le champ vide.
- <sup>17</sup> Raison : Raison des doses manquées : en raison d'une rupture de **stock** (S), le patient n'a **pas pu acheter** (P), **autre** raison (O), **multiple** raisons (M), **inconnue** (U).
- <sup>18</sup> Traitement : **Déclarer "E"** 1) lorsque l'antibiotique est utilisé conformément à une directive locale, ou traitement pour lequel l'expérience s'est avérée bénéfique ; 2) lorsqu'une culture ou un examen microbiologique n'est pas effectué ; 3) lorsqu'un examen microbiologique est effectué, MAIS pas encore disponible le jour du PPS ; ou le résultat ne peut être évalué.  
**Déclarer "T"** si le résultat est basé sur un résultat microbiologique ; déclarer également "T" si le micro-organisme a donné des résultats sensibles.
- <sup>19</sup> *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM)
- <sup>20</sup> Staphylocoque à coagulase négative résistant à la méticilline (SERM)
- <sup>21</sup> *Streptococcus pneumoniae* non sensible à la pénicilline (PNSP)
- <sup>22</sup> Résistance aux macrolides-lincosamide-streptogramines dans les isolats de *Streptococcus* (MLS)
- <sup>23</sup> Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)
- <sup>24</sup> *Entérobactérie* produisant une bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE)
- <sup>25</sup> *Entérobactérie* résistant aux carbapénèmes (imipénème, méropénème.....)
- <sup>26</sup> Bacille à Gram négatif « non fermentant » (*Pseudomonas, Acinetobacter, Burkholderia, Stenotrophomonas*)
- <sup>27</sup> Carbapenem-resistant Nonfermenters (CR-NF) – nonfermenters résistant à l'imipénème, méropénème ou autre carbapénèmes
- <sup>28</sup> Bactérie Multi résistante (BMR) autres que celles listées ci-dessus
- <sup>29</sup> Azoles : si le médicament choisi est destiné à traiter des infections causées par des champignons et des levures résistants aux azoles (par exemple *Candida spp., Aspergillus spp.*)

## GLOBAL-PPS - Formulaire PATIENT - variables supplémentaires pour le module HAI au niveau du patient (facultatif)

(Remplissez un formulaire par patient ayant un traitement antimicrobien en cours à 8 h le jour du PPS - voir les définitions dans le protocole, p.20)

Nom/Code du service	Activité <sup>1</sup> M, S, IC	Identifiant patient <sup>2</sup>	Survey Number <sup>3</sup>	Age <sup>4</sup>			Poids actuel* en kg	Nouveau-né (facultatif)		Sexe M, F, U
				Ans ≥ 2 ans	Mois 1-3mois	Jours <1mois		âge gestationnel*	poids à la naissance*	

Date d'admission à l'hôpital (jj/mm/année) (facultatif)		Intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK
---	--	---	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Hospitalisation antérieure < 3 mois (facultatif)	<input type="checkbox"/> Oui, ICU	<input type="checkbox"/> Oui, autre	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK	Traitement antibiotique précédent <1 mois (facultatif)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK
--	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------	--	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Dispositif invasif " inséré " présent à 8 h le jour du PPS				Date 1 <sup>ère</sup> insertion (facultatif)
Cathéter urinaire à demeure (UC)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK	_/_/_
Cathéter vasculaire/intraveineuse périphérique (PVC)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK	_/_/_
C. Vasc. Central, pas de port veineux implantable (CVC)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK	_/_/_
Ventilation mécanique non-invasive pos. et nég. (CPAP, BiPAP, CNEP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK	_/_/_
Intubation endotrachéale respiratoire invasive (IRI) <sup>i</sup>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK	_/_/_
Tubes et drains insérés (T/D) <sup>ii</sup>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> UNK	_/_/_

<b>Score McCabe</b>	<input type="checkbox"/> Maladie (M.) non mortelle
	<input type="checkbox"/> M. mortelle en fin de compte
	<input type="checkbox"/> M. rapidement mortelle
	<input type="checkbox"/> UNK/Non disponible

<b>Morbidité sous-jacente (choix multiple, maximum 3 choix)</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de type 1 ou 2	<input type="checkbox"/> Trouble génétique	<input type="checkbox"/> Maladie hépatique terminale, cirrhose
	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH (seulement si dernier compte des CD4 <500/mm <sup>3</sup> )	<input type="checkbox"/> Maladies cardiaques congénitales	<input type="checkbox"/> Traumatisme
	<input type="checkbox"/> Cancer hématologique ou solide / Chimiothérapie récente (<3 mois)	<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires chroniques, fibrose kystique, COPD, bronchectasie, l'asthme	<input type="checkbox"/> Maladie gastro-entérologique (troubles intestinaux inflammatoires, coeliaque,...)
	<input type="checkbox"/> Transplantation cellules souches/ d'organes solides	<input type="checkbox"/> Neutropénie	<input type="checkbox"/> Troubles neurologiques chroniques <sup>iii</sup>
	<input type="checkbox"/> Maladie rénale chronique (tous les stades)	<input type="checkbox"/> Stéroïdes à dose élevée <sup>iv</sup>	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Tuberculose active	<input type="checkbox"/> Malnutrition <sup>v</sup>	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COVID chronique	<input type="checkbox"/> Inconnu	

<sup>i</sup> Inclure la trachéotomie

<sup>ii</sup> Tubes et drains insérés : comprennent les tubes de néphrostomie, les tubes et drains intra-abdominaux et les dérivations du liquide céphalorachidien

<sup>iii</sup> Affections neurologiques chroniques : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, dystonie, SLA (maladie de Lou Gehrig), maladie de Huntington, maladie neuromusculaire, sclérose en plaques, épilepsie, etc.

<sup>iv</sup> Corticothérapie ≥ 30 jours ou corticothérapie récente à fortes doses (> 5 mg/kg de prednisolone > 5 jours)

<sup>v</sup> La malnutrition est une carence alimentaire qui entraîne une carence en vitamines, minéraux et autres substances essentielles. Score des maladies comme le kwashiorkor, le scorbut, le retard de croissance, l'insuffisance pondérale grave, etc.

## PROFIL HÔPITAL - "Données facultatives" à collecter au niveau de l'hôpital

Indiquer, si possible, pour chaque indicateur, l'année de référence et le nombre "au niveau de l'hôpital"

	Année (aaaa)	Nombre (N)
Taille de l'hôpital : nombre de lits (N)		
Nombre d'admissions (ou de sorties) par an		
Nombre de jours-patients/an		
Nombre de litres/an de désinfectant pour les mains à base d'alcool consommés		
Nombre de patients avec d'hémocultures/an		
Nombre de tests de selles pour Clostridioides Difficile Infection/an		
Nombre de ETP* Antimicrobial stewardship médecins		
Nombre de ETP Antimicrobial stewardship pharmaciens		
Nombre de ETP Médecins sur la prévention des infections (IPC)		
Nombre d'infirmières ETP en prévention des infections (IPC)		

\*ETP AMS= Unités d'équivalent temps plein ou employés équivalents travaillant à temps plein à des activités antimicrobial stewardship ou IPC. P.e. si 3 employés travaillent 20h, 30h et 10h/semaine = 60h/semaine au total et en supposant qu'un employé à temps plein travaille 40h/semaine, le calcul des FTE est égal à 60/40 heures ; ou 1,5 ETP.

Indiquer pour chaque indicateur au niveau de l'hôpital si disponible " oui " ou " non ".

	Oui	Si Oui: Année d'introduction	Non
Présence d'un programme AMS* formellement défini	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Présence d'un groupe AMS actif (comité et équipe opérationnelle)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Présence d'un programme d'IPC* officiellement défini	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Présence d'un groupe actif d'IPC (comité et équipe opérationnelle)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Présence d'un rapport régulière d'ICP (annuelle, trim.) aux travailleurs de la santé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Disponibilité des consultations cliniques (ID) des maladies infectieuses	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Formation spécialisée en AMS ou ID disponible pour les médecins/pharmaciens	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Présence d'un laboratoire de microbiologie sur place	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Disponibilité d'un laboratoire de microbiologie fins de semaine et jours fériés	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Disponibilité d'un rapport périodique cumulatif sur la sensibilité aux antimicrobiens	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si oui, le rapport de sensibilité est-il distribué aux prescripteurs ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Disponibilité de critères normalisés pour un switch IV-PO approprié	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Logiciels disponibles pour le contrôle des infections et/ou l'AMS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Présence des checklists pour diminuer CAUTI, VAP, CR-BSI, CDIF, SSI°	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

\*AMS=Antimicrobial Stewardship; IPC=Infection Prevention and Control;

° CAUTI=Catheter Associated Urinary Tract Infection; VAP=Ventilator Associated Pneumonia; CR-BSI=Catheter-related Blood Stream Infection; CDIF= Clostridioides Difficile Infection; SSI=Surgical Site Infections.

Cochez pour chaque indicateur s'il est disponible au niveau de l'hôpital.

Disponibilité d'une politique écrite pour documenter la prescription d'antimicrobiens dans le dossier médical	<input type="checkbox"/> Oui, tous les services	<input type="checkbox"/> Oui, services sélectionnés	<input type="checkbox"/> Oui, en USI	<input type="checkbox"/> Non
Disponibilité d'une procédure formelle de restriction (formulaire défini, liste restrictive) pour certains antimicrobiens	<input type="checkbox"/> Oui, tous les services	<input type="checkbox"/> Oui, services sélectionnés	<input type="checkbox"/> Oui, en USI	<input type="checkbox"/> Non
Présence d'un examen officiel de la prescription de l'antimicrobien après 48 heures (examen post-prescription)	<input type="checkbox"/> Oui, tous les services	<input type="checkbox"/> Oui, services sélectionnés	<input type="checkbox"/> Oui, en USI	<input type="checkbox"/> Non
Présence de rondes dans les services sur la prescription des antimicrobiens (examen des ordonnances d'antimicrobiens pour les patients assignés)	<input type="checkbox"/> Oui, tous les services	<input type="checkbox"/> Oui, services sélectionnés	<input type="checkbox"/> Oui, en USI	<input type="checkbox"/> Non
Qui peut prescrire des antibiotiques dans votre hôpital ?	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Pharmacien	<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Autre

## Annex I: Comment déclarer les doses pour les combinaison des agents anti-infectieux ?

Combinaisons d'un antibiotique et d'un inhibiteur de bêta-lactamase:

Ampicilline et inhibiteur de bêta-lactamase: **déclarer seulement la dose d'ampicilline** (J01CR01)

Amoxicilline et inhibiteur de bêta-lactamase: **déclarer seulement la dose d'amoxicilline** (J01CR02)

Ticarcilline et inhibiteur de bêta-lactamase: **déclarer seulement la dose de ticarcilline** (J01CR03)

Pipéracilline et inhibiteur de bêta-lactamase: **déclarer seulement la dose de pipéracilline** (J01CR05)

Imipénème et inhibiteur de bêta-lactamase: **déclarer seulement la dose de imipénème** (J01DH51)

Panipénème + bétamipron: **déclarer seulement la dose de panipénème** (J01DH55)

Exemple:

Amoxicilline et inhibiteur de bêta-lactamase 1.2g IV → 1g (amoxicilline) + 200mg (clavulanic acid), **déclarer seulement la dose de 1 g**

Pipéracilline et inhibiteur de bêta-lactamase 4.5g IV → 4g (piperacillin) + 500mg (tazobactam), **déclarer seulement la dose de 4 g**

Autres combinaisons avec plusieurs antimicrobiens: Other combinations of multiple antimicrobial substances:

J01EE01 Sulfaméthoxazole et triméthoprim: déclarer **le total** du sulfaméthoxazole + triméthoprim

Exemple:

Co-trimoxazole 960mg: (sulfaméthoxazole. 800mg + triméthoprim 160mg) → **déclarer 960mg**

Des informations sur les agents antimicrobiens inclus dans **Global-PPS** sont disponibles en fichier excel sur le site : [www.global-pps.com/documents/](http://www.global-pps.com/documents/) (see Global-PPS antimicrobial list\_année.xlsx)

Seulement les noms des antimicrobiens doivent être écrit sur les formulaires de collecte de données et doivent être introduit dans le logiciel Global-PPS, pas les codes ATC !

## Annex II - Diagnostic codes (what the clinician aims at treating)

Site	Codes	Examples
CNS	Proph CNS	Prophylaxie chirurgicale du système nerveux central (neurochirurgie), Prophylaxie de contact d'un cas de méningococcie
	CNS	Infection du système nerveux central
EYE	Proph EYE	Prophylaxie chirurgicale des yeux
	EYE	Infections des yeux, ex. endophtalmie
ENT	Proph ENT	Prophylaxie <b>chirurgicale</b> <b>ORL</b> , Proph. <b>médicale</b> infect. ORL récidivantes
	ENT	Infections ORL (oreilles, nez, bouche, sinus, gorge, larynx)
	AOM	Otite moyenne aiguë
RESP	Proph RESP	Prophylaxie chirurgicale pulmonaire, Prophylaxie contre pathogène respiratoire (Aspergillose )
	LUNG	Abcès du poumon (incluant Aspergillose)
	URTI	Infection virale respiratoire haute incluant la grippe (hors ORL)
	Bron	<b>Bronchite</b> aiguë et exacerbation BPCO (bronchite chronique)
	Pneu	<b>Pneumonie</b> ou infection respiratoire basse
	COVID-19	Infection causée par le coronavirus SRAS-CoV-2
	TB	Tuberculose pulmonaire (Tuberculose respiratoire)
	CF	Mucoviscidose
CVS	Proph CVS	Prophylaxie des chirurgies cardiaques ou vasculaires, prophylaxie des endocardites
	CVS	Infections du <b>Système Cardio Vasculaire</b> : endocardites, dispositif endovasculaire e.g pacemaker, greffe vasculaire
GI	Proph GI	Prophylaxie chirurgicale digestive, foie, voies biliaires, Prophylaxie du patient neutropénique ou insuffisant hépatique
	GI	Infections digestive (salmonelle, <i>campylobacter</i> , parasite, etc.)
	IA	Infection et sepsis Intra-abdominale incluant péritonite, cholécystite, abcès intra-abdominal etc.
	CDIF	Infection <i>Clostridioides difficile</i>
SSTBJ	Proph BJ	Prophylaxie chirurgicale orthopédique (os, articulation) ou plastique
	SST	Infection peau et tissus mous (cellulite, ulcère du diabétique, escarre, abcès) Infection site opératoire
	BJ	Arthrite septique (incluant sur prothèse), ostéomyélite
UTI	Proph UTI	Prophylaxie chirurgicale urologique (SP), prophylaxie infection urinaire récidivante (MP)
	Cys	Infection urinaire basse : cystite
	Pye	Infection urinaire haute incluant infection sur sonde, pyélonéphrite
	ASB	Bactériurie asymptomatique
GUOB	Proph OBGY	Prophylaxie chirurgicale obstétrique-gynécologique surgery (SP: sectio caesarean, no episiotomy; MP: carriage of group B streptococcus)
	OBGY	Infections obstétrique-gynécologique, Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) de la femme
	GUM	Génito-urinaire Hommes, prostatite, orchi-épididymite, MST de l'homme
No defined site (NDS)	BAC	Bactériémie ou fongémie <b>sans</b> porte d'entrée définie et sans choc
	SEPSIS	Sepsis d'origine quelconque (p. ex. urosepsis, septicémie pulmonaire, etc.), syndrome septique ou choc septique <b>sans</b> porte d'entrée définie. Inclure fongémie (candidémie) avec symptômes septiques
	Malaria	Paludisme
	HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
	PUO	Fièvre sans porte d'entrée définie ( <b>Pyrexia of Unknown Origin</b> : fièvre sans origine connue)
	PUO-HO	Fièvre chez patient <b>non-neutropénique</b> d'hémato-onco sans porte d'entrée, ni pathogène identifié
	FN	Fièvre chez patient <b>neutropénique</b>
	LYMPH	Infection lymphatique primitive ex. lymphadénite suppurée
	Sys-DI	Infection disséminée (infections virales comme la rougeole, le CMV...)
	Other	Antimicrobien prescrit et documenté et non classée dans cette liste
	MP-GEN	Prophylaxie médicale sans site anatomique cible, ex. antifongique chez l'immunodéprimé
	UNK	Indication complètement inconnue
	PROK	Antimicrobien utilisé comme agent de motilité, <b>Prokinetic</b> use (ex. érythromycine)
Neo-natal	MP-MAT	Prophylaxie <b>médicale</b> du risque <b>maternel</b> ex. rupture prolongée des membranes
	NEO-MP	Proph. <b>médicale</b> du risque du <b>nouveau-né</b> eg très petit poids de naissance/hypotrophie intra-utérine
	CLD	Maladie pulmonaire chronique: problèmes respiratoires à long terme chez les prématurés (dysplasie broncho-pulmonaire)

## Annex III - circonstances de prescription

<b>CAI</b> Infection communautaire	Symptômes débutant <u>avant</u> l'admission ou <u>≤ 48 heures</u> de l'admission à l'hôpital		
<b>HAI</b> Infection acquise à l'hôpital  Symptômes débutant <b>&gt; 48 h après l'admission</b>	<b>Inter- vention lié aux HAI</b>	<b>HAI1</b> Infection site opératoire (dans les 30 jours post opératoire ou 90 jours si prothèse)	
		<b>HAI2 Infections d'origine mixte liées à l'intervention</b> (sur dispositif invasif) (mixe de CVC-BSI, PVC-BSI, VAP, CAUTI; ou lié aux tubes/drains)	
		<b>HAI2-CVC-BSI</b> (Infection du flux sanguin liée au <b>cathéter</b> veineux central)	
		<b>HAI2-PVC-BSI</b> (Infection du flux sanguin liée aux <b>cathéters</b> vasculaires périphériques)	
		<b>HAI2-VAP</b> ( <b>Pneumonie</b> associée aux ventilateurs)	
		<b>HAI2- CAUTI</b> (Infection des voies <b>urinaires</b> associée à un cathéter)	
		<b>HAI3</b> diarrhée à <i>C. difficile</i> (CDAD) (>48 h après admission ou <30 jours après sortie du précédente hospitalisation)	
		<b>HAI4</b> Autre infection contractée à l'hôpital <b>d'origine mixte ou indéfinie</b> (HAP, UTI, BSI)	
		<b>HAI4-BSI</b> Infection du flux sanguin, non liée à l'intervention	
		<b>HAI4-HAP</b> <b>Pneumonie</b> acquise à l'hôpital non liée à l'intervention (non VAP)	
		<b>HAI4-UTI</b> Infection des voies <b>urinaires</b> , non liée à une intervention	
		<b>HAI5</b> Patient réadmis <48h après un séjour dans un autre hôpital, avec infection présente lors de l'admission actuelle ou dans les 48 heures (patient avec infection nosocomiale liée à un séjour dans un autre hôpital)	
<b>HAI6</b> Infection nosocomiale présente à l'admission et liée à un séjour en soin de longue durée ou EHPAD ou maison de retraite*			
<b>SP</b> Prophylaxie Chirurgicale **	<b>SP1</b> 1 dose	<b>SP2</b> 1 jour	<b>SP3</b> >1 jour
Pour les patients opérés, l'administration d'antimicrobiens prophylactiques doit être vérifiée au cours des 24 heures précédentes afin de coder la durée de la prophylaxie en une dose, une journée (= doses multiples administrées dans les 24 heures) ou > 1 jour. <b>Voir plus d'explications et tableau dans le protocole page 8 !</b>			
<b>MP</b> Prophylaxie Médicale	Par exemple l'utilisation à long terme d'antimicrobiens pour empêcher des UTI ou l'utilisation des antifongiques dans les patients subissant des chimiothérapies ou la pénicilline dans les patients aspléniques etc..		
<b>OTH</b> Autre	Par exemple l' erythromycin comme agent de motilité (motilin agonist).		
<b>UNK</b>	Sans aucune indication		

### Sélectionner 1 possibilité pour chaque antimicrobien (en cours) prescrit le jour de l'enquête

\*Les établissements de soins de longue durée représentent un groupe hétérogène d'établissements de soins de santé, allant des soins sociaux aux soins médicaux. Il s'agit de lieux de vie collective où les soins et l'hébergement sont fournis dans le cadre d'un forfait par un organisme public, un organisme sans but lucratif ou une entreprise privée (p. ex. maisons de soins infirmiers, foyers résidentiels).

\*\*La prophylaxie chirurgicale comprend les antibiotiques prescrits avant et après une intervention chirurgicale (chirurgie en salle d'opération). Le code SP1, SP2, SP3 va avec un code de diagnostic précédé de proph (par exemple proph GI)



## Annex IV – list of micro-organisms by resistance type

Microorganisms (MO)	Code	Resistance type - 1	Resistance type - 2	Resistance type - 3
<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR	MRSA		
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEPI	MRCoNS		
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE	MRCoNS		
Other coagulase-negative staphylococci (CNS)	STAOTh	MRCoNS		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE	PNSP	MLS	
<i>Streptococcus spp.</i> , other or not specified	STROTH	MLS		
<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE	VRE		
<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAI	VRE		
<i>Enterococcus spp.</i> , other or not specified	ENCOTH	VRE		
<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN	Other MDRO		
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	NEIGON	Other MDRO		
<i>Listeria monocytogenes</i>	LISMON	Other MDRO		
<i>Citrobacter freundii</i>	CITFRE	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Citrobacter spp.</i> , other or not specified	CITOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Enterobacter cloacae</i>	ENBCLO	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Enterobacter spp.</i> , other or not specified	ENBOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Escherichia coli</i>	ESCCOL	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Klebsiella aerogenes</i>	KLEPAE	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	KLEPNE	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KLEOXY	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Klebsiella spp.</i> , other or not specified	KLEOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Proteus mirabilis</i>	PRTMIR	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Proteus vulgaris</i>	PRTVUL	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Proteus spp.</i> , other or not specified	PRTOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Serratia marcescens</i>	SERMAR	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Serratia spp.</i> , other or not specified	SEROTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Morganella spp.</i>	MOGSP	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Providencia spp.</i>	PRVSPP	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Salmonella enteritidis</i>	SALENT	ESBL	3GCREB	
<i>Salmonella typhi</i> or <i>paratyphi</i>	SALTYP	ESBL	3GCREB	
<i>Salmonella typhimurium</i>	SALTYM	ESBL	3GCREB	
<i>Salmonella spp.</i> , other or not specified	SALOTH	ESBL	3GCREB	
<i>Shigella spp.</i>	SHISPP	ESBL	3GCREB	
<i>Yersinia spp.</i>	YERSPP	ESBL	3GCREB	
Other <i>Enterobacteriales</i>	ETBOTH	ESBL	3GCREB	CRE
<i>Acinetobacter baumannii</i>	ACIBAU	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Acinetobacter spp.</i> , other or not specified	ACIOTH	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	PSEAER	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	STEMAL	CR-NF		
<i>Burkholderia cepacia</i>	BURCEP	CR-NF		
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	BURPSE	CR-NF		
<i>Burkholderia mallei</i>	BURMAL	CR-NF		
<i>Pseudomonadaceae family</i> , other or not specified	PSEOTH	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Campylobacter spp.</i>	CAMSPP	Other MDRO		
<i>Helicobacter pylori</i>	HELPYL	Other MDRO		
<i>Clostridioides difficile</i>	CLODIF	Other MDRO		
<i>Clostridium spp.</i> , other or not specified	CLOOTH	Other MDRO		
Other bacteria Mycobacterium, atypical	MYCATY	Other MDRO		
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex	MYCTUB	Other MDRO		
Other bacteria	OTHER	Other MDRO		
<i>Candida spp.</i>	CANSPP	Azoles		
<i>Aspergillus spp.</i>	ASPSPP	Azoles		
Other fungi	FUNG_	Azoles		