



Data collection forms
Version August 2023

Formulaire Unité

(Obligatoire : Remplir un formulaire pour chaque unité/chambre incluse dans l'enquête)

Date de l'enquête (jj/mm/année)	_/_/____	Personne remplissant le formulaire (Code de l'auditeur)	
Nom de l'établissement :		Nom de l'unité	
		Nom de chambre (optional)	

Type de spécialité - Cochez juste « un » type d'unité de soins ambulatoires le plus approprié		
<input type="checkbox"/> EM (Urgence Médicale) <input type="checkbox"/> OB (Observation) <input type="checkbox"/> RESP (Respiratoire) <input type="checkbox"/> ID (Maladie Infectieuse) <input type="checkbox"/> VIH/TB (VIH-Tuberculose) <input type="checkbox"/> REN (Néphrologie - urologie) <input type="checkbox"/> DIAL (Dialyses) <input type="checkbox"/> GAS (Gastro-entérologie)	<input type="checkbox"/> GM (Médecine Générale mixte) ¹ <input type="checkbox"/> SM (Chirurgie Mixte) <input type="checkbox"/> HO (Hématologie-Oncologie) <input type="checkbox"/> PLAS (Chirurgie Plastique reconstructive) <input type="checkbox"/> ORT (Orthopédie) <input type="checkbox"/> ENT (ORL= Oreille Nez et Gorge) <input type="checkbox"/> EYE (Ophtalmologie) <input type="checkbox"/> ENDO (Endoscopie)	<input type="checkbox"/> HCP (Pratique de la santé) <input type="checkbox"/> GP (Praticien généraliste) <input type="checkbox"/> MAL (Malnutrition) <input type="checkbox"/> NM (Médecine néonatale) <input type="checkbox"/> ANC (Soins prénatals=Antenatal Care) <input type="checkbox"/> GYN (gynécologie) <input type="checkbox"/> OBST (Obstétrique) <input type="checkbox"/> DEN (Clinique Dentaire)

Nombre total de prescripteurs² sur l'unité/chambre pendant le créneau horaire défini de l'enquête			
N Médecin(s)	N Infirmière(s)	N Pharmacien(s)	N Autre(s)

Collecte de données de créneaux horaires le jour de l'enquête⁴	Heure de début³ : _____ O a.m. O p.m. (cochez la case appropriée) Heure de fin³ : _____ O a.m. O p.m. (cochez la case appropriée)
--	--

¹ Comprend des spécialités telles que la dermatologie, l'allergie-immunologie, le cardio-vasculaire, etc. La médecine générale mixte fait également référence à la pédiatrie en général. Cochez également si aucune spécialité n'est définie.

² Spécifier la profession de personne (s) antimicrobiens « prescrivants » et le nombre d'entre eux inclus dans l'enquête sur l'unité/chambre pendant le créneau horaire défini de l'enquête.

³ Spécifiez l'heure de début approximative (par exemple 8 a.m.) et l'heure de fin approximative (par exemple 3 p.m.)

⁴ **Surveillez l'unité pendant au moins 4 heures ; ou environ une demi-journée** (sauf si la session est plus courte, auquel l'enquête portera sur toute la durée de la session). Il est préférable de commencer l'enquête au début de la session.

À remplir pour chaque patient ambulatoire vu pendant le créneau horaire de l'enquête dans l'unité/chambre et qui n'a pas été admis >24 heures ¹

Nom/code d'unité		Nom/code chambre au sein de l'unité		Identifiant unique du patient ou N° séquentiel ²		Numéro de l'enquête ³	
Groupe d'âge du patient (cocher la case appropriée)	<input type="radio"/> Adulte ≥18 ans <input type="radio"/> Enfant ≤17 ans <input type="radio"/> Nouveau-né		Sexe	H, F, U	Statut d'admission	<input type="radio"/> Déjà admis <input type="radio"/> Admission présumée <input type="radio"/> Orientation vers autre institution <input type="radio"/> Domicile <input type="radio"/> UNK	

Symptômes présentés ou motif de consultation le jour de l'enquête (choix multiple, max. 6 choix)	<input type="radio"/> Fièvre ≥38.3°C/≥101°F <input type="radio"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="radio"/> Éternuements/congestion nasale <input type="radio"/> Nez qui coule ou bouché <input type="radio"/> Toux <input type="radio"/> Maux de gorge <input type="radio"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="radio"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="radio"/> Maux de tête <input type="radio"/> Fatigue/léthargie <input type="radio"/> Crises d'épilepsie <input type="radio"/> Douleurs auriculaires <input type="radio"/> Diarrhée <input type="radio"/> Diarrhée sanglante <input type="radio"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="radio"/> Douleur abdominale <input type="radio"/> Nausées/vomissements <input type="radio"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="radio"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="radio"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="radio"/> Inconnu(s) <input type="radio"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)
---	--

À remplir uniquement si le patient ambulatoire s'est prescrit un antimicrobien pendant le créneau horaire défini le jour de l'enquête.

Âge détaillé du patient ^{* 4}			Poids actuel* (en kg)	Poids à la naissance* (en kg, uniquement pour nouveau-nés)
Années (≥ 2 ans)	Mois (1-23 mois)	Journées (<1 mois)		
Traitement basé sur des données de biomarqueurs ⁵ <input type="radio"/> Oui – <input type="radio"/> Non			Traitement basé sur POCT, RDT ⁷ <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Si oui, quel biomarqueur CRP, PCT, N globules blancs	Type biological sample (Blood/ urine/other)	Valeur	Unit ⁶	Si oui, précisez lesquelles ⁷
			Résultat, précisez <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Non concluante	

Morbidité sous-jacente** (choix multiple, maximum 3 choix)	<input type="radio"/> Diabète sucré, type 1 ou 2	<input type="radio"/> Traumatisme	<input type="radio"/> Chronique / Long COVID	<input type="radio"/> VIH
	<input type="radio"/> Cancer hématologique ou solide/ Chimiothérapie récente (<3 mois)	<input type="radio"/> Immunodéprimé, non oncologique	<input type="radio"/> Maladie gastro-entérologique : troubles inflammatoires de l'intestin, maladie cœliaque	<input type="radio"/> Maladies pulmonaires chroniques, muco., BPCO, bronchectasie, asthme
	<input type="radio"/> Malnutrition ⁸	<input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Inconnue

Antimicrobien (générique) Nom	1.	2.	3.	4.	5.
Précisez par prescription/cours: nouveau ou en cours					
Dose unitaire ⁹ Unité (g, mg, UI, UM) ⁹					
Doses/jour ¹⁰ Voie administration (O, R, I, IM, IV) ¹¹					
Thérapie de durée prescrite /prévue en N jours / UNK					
Diagnostic clinique (see appendix I)					
Type d'indication (see appendix II)					
Existence directive locale pour le diagnostic (Y,N,NI,U) ¹²					
Si oui (directive existante), réponse à la conformité: ¹³					
Médicament conforme à la directive (Y, N, U)					
Dosage conforme à la directive (Y, N, U)					
Durée conforme à la directive (Y, N, U)					

Note : * L'âge détaillé du patient, le poids actuel et le poids à la naissance sont des variables facultatives.

Explication formulaire ambulatoire

- ¹ **N'ont pas été admis >24 heures ou n'ont pas dormi pendant la période de l'enquête** : toutefois, inclure les patients des unités d'urgence et d'observation qui attendent d'être transférés dans un service d'hospitalisation et qui peuvent occuper un lit >24 heures avant l'enquête. Remplissez également un formulaire pour les patients ambulatoires ; ces patients sont pris en compte dans le numérateur et le dénominateur
- ² **Identifiant unique lié au patient** au niveau local pour d'éventuelles vérifications. **Ne sera pas inclus dans la base de données.**
- ³ **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.
- ⁴ **Age détaillé 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
- ⁵ 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)
- ⁶ 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).
- ⁷ **Traitement basé sur POCT ou RDT** : Traitement basé sur Point of Care Test ou un test de diagnostic rapide. Si oui , précisez 1 seul POCT/RDT, à savoir le plus approprié :
 - **VIH,**
 - **Test antigénique du paludisme,**
 - **Streptocoque A,**
 - **TDR SARM,**
 - **TB** (comprend MTB/RIF (détecte simultanément la résistance à la MTB et à la rifampicine (RIF)) ou MTB/XDR (détecte la résistance à l'isoniazide, aux fluoroquinolones, à l'amikacine, à la kanamycine, à la capréomycine et à l'éthionamide),
 - **TDR pour la Dengue,**
 - **HepB** (hépatite B),
 - **Typhus des broussailles** POCT,
 - **Syphilis** POCT,
 - **SH** (TDR de santé sexuelle),
 - **GBS** (Intrapartum or antepartum Group B Streptococcus RDT),
 - **SARS-CoV-2, Grippe/VRS** (Détection et différenciation rapides de la grippe A, de la grippe B ou du VRS),
 - **Autre.**
- ⁸ **La malnutrition** désigne les carences alimentaires qui entraînent un manque de vitamines, de minéraux et d'autres substances essentielles. Les maladies qui en résultent sont le marasme, le kwashiorkor, le scorbut, le retard de croissance, l'insuffisance pondérale grave, etc.
- ⁹ **Dose unitaire** : valeur numérique de la dose par administration et unité de la dose (en grammes, milligrammes, UI ou MU).
- ¹⁰ **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)
- ¹¹ **Voie d'administration** : Les voies d'administration sont les suivantes : Orale=O, Rectale=R, Inhalation=I, Intramusculaire=IM, Intraveineuse=IV.
- ¹² **Ligne directrice existante** : Une ligne directrice peut être une ligne directrice locale, nationale ou toute autre ligne directrice adoptée. **Y**=Oui ; **N**=Aucune ligne directrice pour l'indication spécifique ; **NI**=Aucune information parce que le diagnostic/l'indication est inconnu ; **U**=inconnu.
- ¹³ **Conformité aux lignes directrices** en fonction du type ou du choix de l'antimicrobien, du dosage et de la durée de la thérapie/prophylaxie. **Y**=Oui, conforme à la ligne directrice ; **N**=Non conforme à la ligne directrice ; **U**=Inconnu.

Appendix I – Codes de diagnostic clinique (ce que le clinicien cherche à traiter)

Site	Codes	Exemples
CNS	Proph CNS	Prophylaxie pour les infections du système nerveux central (à méningocoques)
	CNS	Infections du système nerveux central
EYE	Proph EYE	Prophylaxie des opérations oculaires
	EYE	Traitement des infections oculaires (par exemple, conjonctivite, trachome, blépharite, kératite)
ENT	Proph ENT	Prophylaxie pour l'oreille, le nez, la gorge, y compris la bouche (prophylaxie chirurgicale ou médicale)
	PHAR	Traitement de la pharyngite
	SIN	Traitement de la sinusite
	AOM	Otite moyenne aiguë et OMPC (Otite moyenne suppurée chronique)
	ENT	ORL : Traitement infections oreille, nez, gorge ; autre que PHAR, SIN, AOM
DEN	Proph DEN	Prophylaxie pour les cas dentaires
	DEN	Infections dentaires (abcès, pulpite, maladie parodontale, etc.)
RESP	Proph RESP	Prophylaxie pour les pathogènes respiratoires, par exemple pour l'aspergillose
	LUNG	Abcès pulmonaire, y compris aspergillome
	URTI	Infections virales des voies respiratoires supérieures, y compris la grippe, mais pas les infections ENT
	Bron	Bronchite aiguë ou exacerbations de bronchite chronique
	Bronch	Bronchiolite aiguë
	Pneu	Pneumonie ou IVRI (infections des voies respiratoires inférieures)
	COVID-19	Maladie à coronavirus causée par l'infection à SARS-CoV-2
	TB	Tuberculose pulmonaire - tuberculose / tuberculose extrapulmonaire
CF	Complication de la mucoviscidose (cystic fibrosis)	
CVS	Proph CVS	Prophylaxie cardiaque ou vasculaire, prophylaxie de l'endocardite
	CVS	Infect. système cardio-vasculaire: endocardite, dispositif endovasculaire (stimulateur cardiaque, greffe)
GI	Proph GI	Prophylaxie gastro-intestinale
	GO	Diarrhée infectieuse aiguë, gastro-entérite (ref https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2022.02)
	GI	Autre infections gastro-intestinales
	CDIF	<i>Infection à Clostridioides difficile</i>
SSTBJ	Proph SST	Prophylaxie pour la peau et les tissus mous, l'impétigo, la chirurgie plastique ou orthopédique
	SST	Peau et tissus mous : Cellulite, impétigo, érysipèle, folliculite, exanthèmes viraux, infections liées aux brûlures et aux morsures.
	Sys-DI	Infection disséminée (infections virales telles que la rougeole, le cytomégalovirus, etc.)
	DST	Tissus mous profonds n'impliquant pas d'os, p.e. ulcère de pression ou diabétique infecté, abcès.
UTI	Proph UTI	Prophylaxie des infections récurrentes des voies urinaires (prophylaxie médicale)
	Cys	Infection des voies urinaires inférieures (IVU), cystite
	Pye	Infection des Voies Urinaires supérieures, y compris IVU liée à un cathéter, pyélonéphrite
	ASB	Bactériurie asymptomatique
GUOB	Proph OBGY	Prophylaxie pour la chirurgie obstétrique ou gynécologique (MP: portage streptocoques du groupe B)
	OBGY	Infections obstétricales/gynécologiques, maladies sexuellement transmissibles (MST) chez les femmes, vaginite, vaginose bactérienne
	GUM	Génito-urinaire Hommes + Prostatite, épididymo-orchite, MST chez les hommes
No défini site (NDS)	BAC	Bactériémie ou fongémie sans site anatomique clair et sans état de choc
	SEPSIS	Septicémie toute origine (p.e. urosepsis, septicémie pulmonaire, ...), syndrome septique ou choc septique sans site anatomique clair. Inclure la fongémie (candidémie) avec des symptômes septiques.
	Typh-fever	Fièvre typhoïde/fièvre entérique
	Malaria	
	HIV	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
	PUO	Pyrexie d'origine inconnue - Syndrome fébrile sans source ou site d'infection identifié
	LO-LYMPH	Lymphadénite aiguë localisée
	LYMPH	Les lymphatiques sont la principale source d'infection. Lymphadénite suppurée
	Other	Antimicrobien prescrit avec documentation mais sans groupe de diagnostic défini
	MP-GEN	Le médicament est utilisé comme prophylaxie médicale en général, sans cibler un site spécifique, par exemple prophylaxie antifongique pendant l'immunosuppression.
UNK	Indication totalement inconnue	
PROK	Antimicrobien (p. ex. érythromycine) prescrit pour un usage prokinétique	

APPENDIX II - Type d'Indication

CAI Infection communautaire	Concerne toute infection contractée dans la communauté, donc en dehors du cadre des soins de santé, chez un patient qui n'a pas été exposé récemment (<48 heures) aux soins de santé.		
HAI Infection associée aux soins de santé suite une admission et/ou l'intervention pendant le séjour à l'hôpital	HAI1 Infection postopératoire du site chirurgical (dans les 30 jours suivant l'opération OU dans les 90 jours suivant la pose de l'implant)		
	HAI2 Le patient est sorti de l'hôpital depuis moins de 48 heures et présente une infection hospitalière connue ou une nouvelle infection moins de 48 heures après sa sortie de l'hôpital . L'infection peut être liée à une intervention (par exemple, un cathéter intraveineux ou urinaire) ou à toute autre infection hospitalière d'origine mixte ou indéterminée.		
	HAI3 diarrhée à <i>C. difficile</i> (CDAD) (>48 h après admission ou <30 jours après sortie du précédente hospitalisation)		
SP Prophylaxie Chirurgicale *	SP1 1 dose	SP2 1 jour	SP3 >1 jour
Pour les patients ayant subi une intervention chirurgicale, la durée de la prophylaxie doit être codée comme suit : prescription d'une dose, d'un jour (= plusieurs doses administrées dans les 24 heures) ou prescription de plus d'un jour.			
MP 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..		
OTH Autre	Par exemple l' erythromycin comme agent de motilité (motilin agonist).		
UNK	Indication inconnue		

Sélectionnez 1 possibilité pour chaque antimicrobien déclaré

*La prophylaxie chirurgicale comprend les antibiotiques prescrits le jour de l'enquête pour une intervention chirurgicale de jour, y compris les procédures dentaires.

Appendix III: Combinaison d'agents anti-infectieux

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

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

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

Exemple:

Amoxicilline et inhibiteur de bêta-lactamase 1,2 g IV → 1 g (amoxicilline) + 200 mg (acide clavulanique), **rapporter 1 g comme dose**

Autres combinaisons de plusieurs substances antimicrobiennes :

J01EE01 Sulfaméthoxazole et triméthoprime : **déclarer la quantité totale de sulfaméthoxazole et de triméthoprime**

Exemple: Cotrimoxazole 960 mg : (sulfaméthoxazole. 800 mg + triméthoprime 160 mg), **rapporter 960 mg**