ANTIBIONEED	Identifiant patient: I_0_II		- I <u>I-I-</u> I
APHP210357	Centre	Num inclusion	Initiales Nom – Prénom

ANTIBIONEED

Cahier d'observation - CRF

Impact d'un support informatique d'aide à la prescription des antibiotiques chez les patients neutropéniques fébriles aux urgences sur l'échec du traitement. Etude randomisée en clusters.

Code projet APHP210357 / N° IDRCB : 2021-A01664-37

CENTRE :	
ADRESSE DU CENTRE :	
INVESTIGATEUR:	

Investigateur coordonnateur Biostatisticien Olivier PEYRONY Pr. Sylvie CHEVRET Service des Urgences S.B.I.M, Hôpital St Louis Hôpital Saint-Louis Tel: 01 42 49 97 42 Tél 06 67 98 65 15 Courriel: sylvie.chevret@univ-paris-diderot.fr Courriel : olivier.peyrony@aphp.fr Attachée de Recherche Clinique Promoteur AP-HP Houria MEBAREK, Chef de Projet DRCD Sonia MENZOU URC du GH Lariboisière - Saint Louis Tel: 01 44 84 17 16 Courriel: houria.mebarek@drc.aphp.fr Antenne hôpital Saint-Louis Tel: 01 42 49 97 43 Courriel: sonia.menzou@aphp.fr Chafia ABBOU, Chef de Projet - URC Tel: 01 42 38 53 22 Courriel: chafia.benihaddadene@aphp.fr

ANTIBIONEED	Identifiant patient: I_0_II -	III_	- I <u>I-I-</u> I
APHP210357	Centre	Num inclusion	Initiales Nom – Prénom

1ère PARTIE DU CRF: URGENCES

à remplir par le médecin des urgences

- Faire signer le consentement éclairé
- Faxer la feuille d'inclusion (p : 1) au : 01 42 49 97 42
- Utilisez l'application si vous êtes en période expérimentale :

https://rshiny.sbim-stlouis.org/ANTIBIONEED/

- En cas d'utilisation de l'application, générer un PDF avec le résultat de l'algorithme à joindre au cahier d'observation (à classer dans une pochette dédiée dans le CRF)
- Prélever: NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie, ASAT, ALAT, TP, fibrinogène, bilirubine, lactate veineux, procalcitonine, hémocultures périphériques et sur cathéter central, ECBU, autres prélèvements selon point d'appel infectieux (ECBC, pathogènes respiratoires, corpo avec recherche de clostridium difficile...), ainsi que tout autre examen jugé utile
- Recherche de BMR par 4 écouvillons bactério avec milieu transport : 1 nasal, 1 cutané (plaie ou inguinal), 1 pharynx, 1 rectal
- Remplir la première partie du CRF J-0 (p : 2-5) et le questionnaire EQ-5D-5L n°1 J-0 (dans la pochette 1). Garder le CRF aux urgences, la partie originale sera envoyée au promoteur ou déliassée par un représentant du promoteur dès que toutes les données auront été saisies.
- En cas d'hospitalisation, détacher la deuxième partie du CRF (p 6-9) qui devra suivre le dossier du patient pour être remplie par le médecin prenant en charge le patient au cours de l'hospitalisation.

Suivi : Selon la date de sortie, le patient sera rappelé par téléphone par le TEC à :	
J7 _ / / 20 : Réhospitalisation □ Oui □ Non	
J30 _ / / 20 : Questionnaire EQ-5D-5L n°2 J-30	
J90 _ / / 20 : Questionnaire EQ-5D-5L n°3 J-90	
Décès J90 : □ Oui □ Non Si décès J90, date du décès : _ / / 20	

INDICATION ET MODALITE DE REMPLISSAGE DU CAHIER D'OBSERVATION

- Ne pas utiliser d'abréviation, mais écrire en toutes lettres
- Compléter l'en-tête sur chaque page
- Utiliser un langage médical standard
- Une seule réponse est attendue par case
- Valeurs numériques :
 - Cadrer les valeurs numériques à droite
 - Ne laissez pas de cases vides, mettez un zéro

_0__2__1_ |_2_|_1_|_ Correct

- Cocher la case correspondante en cas de réponse fermée
- X Oui Non Indiquer les dates sous la forme Jours Mois Année (jj-mm-aaaa)
- En cas d'absence de données, utiliser les codes suivants

NA : non applicable, NF : non fait, NC : non connu, DM : donnée manquante Si une erreur a été inscrite, rayer l'information erronée (elle doit, toutefois, rester lisible), remplacer par l'information correcte, **parapher et** dater la correction. Ne pas utiliser de liquide correcteur

CRF J-0

	ANTIBIONEED APHP210357	Identifiant patient: 0 - -	<u>-</u> _ om – Pre	énom		
	FEUILLE D'INCLUSION					
	A	faxer au SBIM de Saint-Louis au : 01 42 49 97 42				
		Date inclusion : / / 20 _				
	lden	tifiant patient:				
		Date de naissance : _ / _				
		Critères inclusion				
	Age ≥18 ans		☐ Oui	□ Non		
	Fièvre rapportée ou observ ∕≥38,3°C à 1 occasion ou ≥	ée aux urgences 38°C à 2 occasions en moins d'1 heure)	□ Oui	□ Non		
	Neutropénie post-chimiothé (PNN ≤500/mm3 ou ≤1000/	erapie /mm3 avec une décroissance ≤500/mm3 attendue dans les 24-48h)	□ Oui	□ Non		
	Ayant signé un consenteme	ent éclairé écrit	□ Oui	□ Non		
		Critères de non inclusion				
	Refus de participer		□ Oui	□ Non		
	Déjà inclus dans l'étude por	ur un précédent épisode de neutropénie fébrile	☐ Oui	□ Non		
Infection microbiologiquement documentée à l'arrivée au SAU (germe identifié)				□ Non		
	Administration d'une antibio	othérapie intra-veineuse dans les 72 h précédentes	□ Oui	□ Non		
	nsuffisance rénale connue	(clairance <20 ml/min et/ou dialyse chronique)	□ Oui	□ Non		
	Statut palliatif avec espérar	nce de vie estimée à moins de 3 jours (situation de fin de vie)	□ Oui	□ Non		
	Grossesse connue ou allait	ante	□ Oui	□ Non		
	Absence de couverture soc	iale	☐ Oui	□ Non		
	Barrière de la langue		□ Oui	□ Non		
	Troubles cognitifs, psychos	e, troubles de conscience ou incapacité à comprendre le consentement	□ Oui	□ Non		
	Vulnérabilité ne permettant	pas de comprendre le consentement ou le protocole	□ Oui	□ Non		
	Tutelle ou curatelle en cour	s	□ Oui	□ Non		
		Consentement				
ı	e patient a-t-il signé le con	sentement □ Oui □ Non				
I	Date de la signature du cons	sentement _ / / 20				
1	lom de l'investigateur :	Date et Signature :				

1

CRF-ANTIBIONEED Version 1.0 du 22/01/2022

1

ANTIBIONI APHP21035		iant patient: I_0		lll - m inclusion	ll_l_ nitiales Nom – Prénom
Date et heure de	e prise en charç	ge par l'IOA :	_ / / 20 _		H _
	,	ATCD - Com	orbidités – m	ode de vie	
Age : _ an	s Sexe:	☐ Masculin ☐ Fémi	inin Poids a j	pprox : _ ko	g Taille : cm
Mode de vie : □ D	omicile seul sans	aide 🗖 Domicile a	vec aide (famille/soig	nants) 🗖 HAD	☐ Institution
ECOG Performan	ce Status :				
□ 0 : activité identi	que à celle précéd	ant la maladie sans	aucune restriction		
☐ 1 : activité physic	que diminuée mais	capable de mener	un travail ; toute activ	ité physique pénible	est exclue
☐ 2 : ambulatoire e	et capable de pren	dre soin de lui-même	e mais incapable de ti	ravailler ; alité ou ch	aise <50% du temps de veille
☐ 3 : capable seule	ement de quelques	soins ; alité ou en c	haise >50% de son t	emps de veille	
☐ 4 : incapable de	prendre soin de lu	i-même ; alité ou en	chaise en permanen	ce	
Cancer : ☐ Solide	☐ Hémopathie	Date de	u diagnostic de cano	cer (mm/aaaa) :	/ /
Localisation primi	itif/hémopathie :				
☐ Poumon	☐ Sein	☐ Prostate	☐ Urothélial/Rein	☐ Digestif	☐ Hépato-biliaire
☐ Pancréas	☐ Peau	□ ORL	☐ Cerveau	☐ Testicule	☐ Endomètre/Ovaire
☐ Lymphome	☐ Leucémie aigu	ë □ LMC	☐ LLC	☐ Myélodysplasie	☐ Myélome
☐ Autre : _			_ _ _		
Métastases :	□ Oui □ Non				
Évolution :	☐ Inaugural/Cont	rôlé 🗖 Prog	ression Info n	on dispo	
Palliatif :	□ Oui □ Non	☐ Info non dispo			
Chimiothérapie ac	ctuelle : 🗖 1 ^{ère} lign	ie 🗖 2 ^{ème} ligne	☐ 3 ^{ème} ligne	□ ≥ 4 ^{ème} ligne □	I Info non dispo
Délai dernière chi	mio : _ jo	ours			
Facteurs de crois	sance: 🗖 Oui i	□ Non			
Durée prévisible o	le la neutropénie	: 🗆 <7j 🗆 >7j	☐ Ne sais pas		
Antécédents :					
☐ HTA ☐ IDM	☐ Insuf. cardiaqu	e congestive	CFA 🗖 Artériopathie p	périphérique ou ané	vrysme Ao abdo ≥6cm
☐ Démence	☐ AVC/AIT	☐ Hémiplégie			
☐ Ulcère garstro-d	uodénal				
☐ BPCO ☐ Autre i	nsuffisance respira	atoire chronique (fibr	ose, emphysème)		
☐ Hépatite/cirrhose SANS hypertension portale ☐ Cirrhose AVEC hypertension portale					
☐ Insuf. rénale chronique ☐ Connectivite ☐ Corticothérapie au long cours (> 10 mg/j pendant au moins 2 semaines)					
□ Diabète traité non compliqué □ Diabète traité compliqué					
□ VIH □ SIDA □ Greffe organe solide □ Allogreffe, date (mois / année) : _ /					
Matériel : ☐ Sonde urinaire à demeure ☐ Picc-line ☐ Cathéter veineux central ☐ Aucun des 3					
Allergie à la pénicilline : ☐ Non ☐ Non sévère ☐ Sévère (anaphylaxie/Quincke)					
Allergie à d'autre(s) antibiotiques(s) : Oui Non					
Antibio <u>prophylaxi</u>	_		☐ Bactrim	☐ Fluoroquinolone	•
□Autre : □ AUCUNE					

							\neg
	ANTIBIONEED Identifiant patient: I_0_I_I_I - I_I_I_I - I_II_I - I_II_I - I_II_I - I_III_I - I_III_I - I_III_I - IIII_I - IIIIIIII						
	Antibiothérapie PO pour une autre infection dans le mois précédent : □ Oui □ Non						
	Antibiothérapie IV pour une	e autre inf	fection dans le mo	is précédent :	🗖 Oui 🗖 Non		
	Si oui : 🗖 Pipéra	acilline-taz	obactam ☐ Céfta	zidime 🗖 Céfé _l	pime ☐ Carba	apénème	
	☐ Autre	:					
	Hospitalisation dans le mo	is précéd	ent (hors HDJ) :	☐ Oui ☐ Non			
	Si oui, H en soins inte			☐ Oui ☐ Non			
Γ	Colonisation à BLSE :		☐ Oui ☐ Non	Nb de mois depu	is le dernier prélèv	ement positif : _	
	Colonisation à SARM :		☐ Oui ☐ Non	· ·	-	ement positif : _	
	Colonisation à bact carbap	énémase	: 🗆 Oui 🗖 Non	Nb de mois depu	iis le dernier prélèv	ement positif : _	
	ATCD d'infection à BLSE :		☐ Oui ☐ Non	Nb de mois depu	is le dernier prélèv	ement positif : _	
	ATCD d'infection à SARM :	:	☐ Oui ☐ Non	Nb de mois depu	is le dernier prélèv	ement positif : _	
	Infection à bact carbapéné		☐ Oui ☐ Non	· ·	-	ement positif : _	
L	ATCD infection à Pseudom	ionas :	☐ Oui ☐ Non	Nb de mois depu	is le dernier prélèv	ement positif : _	
		ı	HDM et exan	nen clinique	au SAU		\ /
	Fièvre au domicile : 🗖 Ou	i 🗖 Non	Depuis	jours			
	Antibiothérapie PO débuté	e avant le	SAU: 🗆 Oui 🗆 No	n Depuis	_ jours		
	Si oui, laquelle :	_ _		;			
	Paramètres vitaux à l'arrivé	ée : PAS/	PAD: /		FC: /min	FR: /min	
	GCS: _ _ Sat: _ _	_ % sou	us O 2 : _ L/mir	n T : _ _ ,	°C Glycémie cap	: _, mmol/L	
	Instabilité hémodyn : □Vas	sopresseui	rs pour maintenir PA	AM ≥65 mmHg □	Lactate >2 ☐ TR0	C>3 sec ☐ Marbrures	
	☐ Hypotension nécessitant u	ın rempliss	sage Cyanose	☐ Extés froides	☐ Tbles conscience	e / confusion	
		•					
	Détresse respiratoire : □ O	ui 🗖 Non	Désatur	ration (<95%) : 🗖 C	ui □ Non		
	Mucite : Oui Non	Alimentati	on solide possible	e: □Oui □ Non	Alimentation liqu	ide possible: □Oui □ Nor	1
	Signes digestifs : Diarrhe	ée	☐ Vomissements	☐ Douleur abdom	ninale	JN	
Déshydratation nécessitant une hydratation IV : ☐ Oui ☐ Non							
	Aux urgences :	e symptôn	nes 🗖 Symp	tômes modérés	☐ Symptômes sév	/ères	
	Point d'appel infectieux le	plus prob	able :				
	☐ Poumon (si oui, pneumopa	athie inters	stitielle : ☐ Oui ☐ N	Non)			
	☐ Peau (si oui, dermo-hypod	dermite né	crosante : ☐ Oui ☐	Non)			
	☐ Digestif ☐ Biliaire	Э	☐ KT central	☐ Périnée	☐ Urines	□ ORL □ Neuro	
	☐ Autre :			1 1 1	☐ AUCUN		
					-		

ANTIBIONE	ED Identi	fiant patient: I_0_I_I_	- <u> </u>	<u> </u>	 <u>-</u>
APHP210357	7	Centre	Num in	clusion Initiale	es Nom – Prénom
	E	xamens complém	entaires au	SAU	
GB: _ _ _	l/mm³	PNN : _ /mm	ı ³ Moi	nocytes : _	/mm³
Hb : _ , g/d	L	Plaquettes : _	/mm³		
Bicar : _ mmo	I/L	Créatinine : _ _	_l μmol/L		
ASAT : _ U	I/L	ALAT : _ UI/L	Bili	totale : _ μr	nol/L
TP : _ %		Fibrinogène : _ , _	_ g/L		
Lactate : _, _	_l mmol/L	Procalcitonine : _	, µg/L (Glycémie : _, _	_ mmol/L
Radio de thorax :	☐ Foy	er(s) infectieux	sence de foyer(s)	nfectieux	on réalisée
Scanner du thorax	: 🗖 Foy	er(s) infectieux	sence de foyer(s)	nfectieux	on réalisé
Scanner abdomina	I: 🗖 Coli	te/foyer infectieux	sence de foyer(s)	nfectieux	on réalisé
BU: Nitritres:	Non 🗖 Oui				
Leucos:	Non. 🗆 + 🗖	++ 🗆 +++			
		Traitemen	t au SAU		
Utilisation de l'app	lication_:	□ Oui	□ Non		
Si <u>NON</u> , ra	aison: 🗖 App	lication non disponible (pério	de contrôle)		
	☐ Prob	olème technique			
	Si pb to	echnique, lequel : _			
	☐ Autr	e raison : _ _ _			_
Si <u>OUI</u> , pr	escription de l'a	antibiothérapie recomman	dée par l'applicati	on: 🗆 Oui 🗆 N	lon
;	Si <u>NON</u> , raison	:			
	☐ Anti	biothérapie jugée non adapt	ée		
	☐ Avis	spécialisé préconisant une	antibiothérapie diffe	érente	
	☐ Autr	e raison : _ _ _			
En cas d'utilisation	de l'application,	merci de générer un PDF av	ec le résultat de l'a	lgorithme à joindre a	u cahier d'observation
Antibiothérapie init	tiée aux urgenc	es:			
	No	om	Voie (PO/IV)	Dose (mg)	Heure administratio
ATB 1 _ _					_ _ H _
ATB 2					_ _ H
ATB 3					_ _ H
ATB 4					H
ATB 5		<u> </u>	_ _		H
ATB 6 _					_ _ H _ _
Autres traitements					
☐ Hydratation IV sin		ansion volémique	☐ Catécholan		2 : L/min
☐ Transfusion CGR ☐ Retrait du KTc		nsfusion plaquettes :/intervention pour drainage i		e croissance (GCSF. ☐ Manœuvres de réa	
	<u> </u>	"c.romion pour dramage	o, or innocuous	vianwavies ue le	(1910, 101)
		4			

ANTIBIONEED Identifiant patient: I_0_I_I_I - I_I_I_I - I_I_I - I_I_I_I - I_I_I - I_I - I_I_I - I_I_I - I_I - I_I_I - I_I - I_I_I - I_I - I_I_I - I_I - I	
Demande d'avis au réanimateur : ☐ Oui ☐ Non	
Si OUI, décision : ☐ Admission en réa ☐ Pas de critère de réa ☐ Obstination déraisonnable ☐ Indication à une	
admission en réa mais refus du patient	
Orientation - devenir	>
Admission en UHCD: ☐ Oui ☐ Non	
Date de sortie SAU/UHCD : _ / _ / 20 _	
Orientation après SAU/UHCD :	
□ Sortie (retour domicile/institution) □ Salle/étages □ Bloc □ Soins intensifs/continus □ SSR □ USP □ Décès	
Préciser service d'orientation :	
S <u>i transfert</u> dans un autre hôpital, préciser hôpital :	
Si SORTIE AU DOMICILE, préciser :	
Antibiotiques prescrits Voie (PO/IM/IV) Durée	a supprimé: Antibiotiques prescrits :
	I;
▼	a supprimé: Voie (PO/IM/IV) : _ ¶ Durée : _ jours
Si décès aux urgences : 🗆 Lié à l'infection 💢 Lié à la progression du cancer 💢 Complication autre (infarctus, AVC)	
Questionnaire EQ-5D-5L J 0 à remplir avec le patient (présent dans la pochette 1)	
Questionnaire EQ-5D-5L à J0 rempli ?	

ANTIBIONEED	Identifiant patient: I_0_I_I_I -	IIII	- I <u>l-</u> ll
APHP210357	Centre	Num inclusion	Initiales Nom – Prénom

2ème PARTIE DU CRF: HOSPITALISATION & SORTIE p.6-p.9

A remplir par le médecin en charge du patient hospitalisé

J-3

Utilisation de l'application en période expérimentale pour réévaluer l'antibiothérapie initiale : https://rshiny.sbim-stlouis.org/ANTIBIONEED/

Remplir deuxième partie du CRF J-3 (p:6)

Jour de sortie

- Remplir troisième partie du CRF SORTIE (p : 7-9)
- Recherche de BMR par 4 écouvillons : 1 nasal, 1 cutané (plaie ou inguinal), 1 pharyngé et 1 rectal
- Remettre cette partie du CRF (p : 6-9) aux urgences, la partie originale de la totalité du CRF sera envoyée au promoteur ou déliassée par un représentant du promoteur dès que toutes les données auront été saisies.

INDICATION ET MODALITE DE REMPLISSAGE DU CAHIER D'OBSERVATION

- Ne pas utiliser d'abréviation, mais écrire en toutes lettres Compléter l'en-tête sur chaque page
- Utiliser un langage médical standard
- Une seule réponse est attendue par case
 - Valeurs numériques :
 - Cadrer les valeurs numériques à droite
 - Ne laissez pas de cases vides, mettez un zéro

Incorrect |_2_|_1_|_ Correct |_0_|_2_|_1_|

Cocher la case correspondante en cas de réponse fermée Qui Qui Non

- X Oui Non
 Indiquer les dates sous la forme Jours Mois Année (jj-mm-aaaa)
- En cas d'absence de données, utiliser les codes suivant

NA : non applicable, NF : non fait, NC : non connu, DM : donnée manquante

Si une erreur a été inscrite, rayer l'information erronée (elle doit, toutefois, rester lisible), remplacer par l'information correcte, parapher et dater la correction. Ne pas utiliser de liquide correcteur

CRF J-3

ANTIBIONEED APHP210357	Identifiant patient: _0 _ _ - _ _ _ - _ _ - _ _			
APHP210357 Centre Num inclusion Initiales Nom – Prenom				
	Application à J3			
Utilisation de l'applicatior	n à J3 pour réévaluation de l'antibiothérapie initiale : □ Oui □ Non			
Si <u>NON</u> , raison :	☐ Application non disponible (période contrôle)			
	☐ Problème technique			
	Si pb technique, lequel : _ _ _ _			
	☐ Antibiothérapie déjà réévaluée avant J3			
	☐ Autre raison :			
Si OIII prescript	tion de l'antibiothérapie recommandée par l'application : □ Oui □ Non			
	L raison :			
	☐ Antibiothérapie jugée non adaptée			
	☐ Avis spécialisé préconisant une antibiothérapie différente			
	□ Autre raison :			
En cas d'utilisation de l'ap	plication, merci de générer un PDF avec le résultat de l'algorithme à joindre au cahier d'observation			

CRF SORTIE

ANTIBIONEED APHP210357	Identifiant patient: _0_ _ - _ _ - _ _ - _ - - -		
Réévaluation de l'antibiothérapie initiale			
Modification de l'antibioth	nérapie initiée aux urgences au cours de l'hospitalisation : □ Oui □ Non		
/!\ Si oui,	date de première modification : / / 20 /!\		
Si modification : □ En cas d'escal	Escalade antibiotique Désescalade antibiotique		
☐ Élarç	gissement du spectre de la béta-lactamine pivot (cf tableau spectre*)		
☐ Ajout	t d'un aminoside		
☐ Ajout	t d'un glycopeptide (ou autre anti-gram +) IV		
☐ Ajout	t d'un autre antibiotique :		
	* Spectre d'activité des béta-lactamines (et apparentés)		
Groupe 1	amoxicilline ; amoxicilline-acide clavulanique ; oxacilline		
Groupe 2	céfotaxime ; céftriaxone ; uréido (pipéracilline) ; carboxypénicilline (ticarcilline)		
Groupe 3	pipéracilline-tazobactam ; céftazidime ; céfépime ; aztréonam		
Groupe 4	Carbapénèmes		
Groupe 5	Céphalosporines de dernière génération		
Raison de	l'escalade :		
☐ Aggr	avation ou non amélioration clinique en rapport avec l'infection initiale		
☐ Micro-organisme documenté résistant ou intermédiaire à l'antibiothérapie initiale			
☐ Apparition d'un nouveau foyer clinique non présent initialement			
☐ Persi	istance de la fièvre sans aggravation clinique		
☐ Antibiothérapie initiale jugée inadéquate			
	> Motif:		

Documentation microbio (bactérie, virus, champignon) hors contamination/colonisation

Documentation microbiologique : ☐ Oui ☐ Non					
Microorganisme n°1 : _ _ _					
☐ Hc périph ☐ Hc KTc ☐ ECBU	□ECBC □ Selles	☐ Autre : _ _			
Date : _ / /	Résistance : ☐ BLSE	☐ Méti-R	☐ Carbapénémase		
Microorganisme n°2 : _ _ _					
☐ Hc périph ☐ Hc KTc ☐ ECBU	□ECBC □ Selles	☐ Autre : _ _			
Date : _ / /	Résistance : ☐ BLSE	☐ Méti-R	☐ Carbapénémase		
		-			

ANTIBIONEED APHP210357	Identifiant patient : I_0_I_I_I - I_I_I_I - I_I_I I_I_I_I		
☐ Hc périph ☐ Hc KTc Date: _ / _ / _ Microorganisme n°4: _ ☐ Hc périph ☐ Hc KTc Date: _ / _ / _ Microorganisme n°5: _	□ ECBU □ECBC □ Selles □ Autre : □ □ □ Carbapénémase □ ECBU □ECBC □ Selles □ Autre : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
□ Poumon □ Dige: □ ORL □ Neur □ AUCUNE			
	Évolution clinique et complications		
Date de résolution de la fi	èvre : / _ / 20 _		
Date de sortie de neutrop	énie : / _ / 20 _ ☐ Toujours neutropénique à la sortie d'hospitalisation		
Survenue de complication	n(s) au cours de l'hospitalisation : 🔲 Oui 🗇 Non		
Colite à Clostridium	difficile : □ Oui □ Non		
Néphrotoxicité : Si OUI, créat ma	□ Oui □ Non		
Allergie : Si OUI, traitemer	□ Oui □ Non Date : _ / _ / _		
Sepsis/Choc septiqu	ue :		
Si OUI, Lié à l'i Catéch	intensifs/continus:		
Décès :	☐ Oui ☐ Non Date : _ / / _		
Si OUI, lié à l'infe			
Récidive de la fièvre à l'arrêt des ATB : Oui Non Date :			

ANTIBIONEED APHP210357	Identifiant patient : _0_ _ _ - _ _ - _ - _	
	Date :	
Devenir		
Date de sortie d'hospitalisation : _ / / 20 _		
Mode de sortie d'hospitali	sation : Domicile Gériatrie/SSR USP Décès	
Le jour de la sortie merci de bien penser à faire une recherche de BMR par 4 écouvillons bactériologiques avec milieu de transport : 1 nasal, 1 cutané (plaie ou inguinal), 1 pharyngé et 1 rectal		

Antibiothérapie au cours de l'hospitalisation

Comprend l'antibiothérapie initiée aux urgences Si même antibiotique IV puis PO, remplir 2 lignes svp Si le patient est sorti sous antibiotiques, mettre la date prévisionnelle de fin

Antibiotique n°1 :	ate arrêt : _ / _ _ / _	Voie : _
Antibiotique n°2 :	 ate arrêt : ////	Voie : _
Antibiotique n°3 : _ _ _ Date début : / _ _ / _ D	 ate arrêt : / /	Voie : _
Antibiotique n°4 : _	ate arrêt : _ / /	Voie :
Antibiotique n°5 :	ate arrêt : / /	Voie : _
Antibiotique n°6 :	ate arrêt : / /	Voie : _
Antibiotique n°7 :	ate arrêt : _ / /	Voie : _
Antibiotique n°8 :	_ _ _	Voie : _
Antibiotique n°9 : Date début : / / D	ate arrêt : / _ / _	Voie : _
Antibiotique n°10 :	ate arrêt : /	Voie : _

ANTIBIONEED Identifiant patient : I_0_I__I_ -I__I<u>-</u>I__I Initiales Nom – Prénom APHP210357 Centre Num inclusion a supprimé: Le suivi téléphonique réalisé par le TEC du centre : ☐ Oui ☐ Non¶ Suivi à J7 Le suivi téléphonique à J7 a-t-il été fait ? □ Oui □ Non □ NA (si patient toujours en hospitalisation) Date |__|_|/|__|/|__| Hospitalisation dans les 7 jours suivant la sortie des urgences ou de l'hôpital : □ Oui □ Non Si oui, Date | _ | _ |/| _ | | Durée de réhospitalisation | | jours (ou date de fin ?) Hospitalisation en SSR ? ☐ Oui □ Non Aggravation clinique □ Oui □ Non Suivi à J 30 Le suivi téléphonique à J30 a-t-il été fait ? ☐ Oui ☐ Non Date |__|_|/|__|_|/|__| Hospitalisation dans les 30 jours suivant la sortie des urgences ou de l'hôpital : □ Oui □ Non Si oui Date | ___ |/| __ | | Durée de réhospitalisation | | | jours(ou date de fin ?) Questionnaire EQ-5D-5L à J30 rempli ? ☐ oui ☐ non Suivi à J 90 Le suivi téléphonique à J90 a-t-il été fait ? ☐ Oui ☐ Non Date |__|_|/|__|/|__| Hospitalisation dans les 90 jours suivant la sortie des urgences ou de l'hôpital : □ Oui □ Non Date | | | | | | | | Durée de réhospitalisation | | | jours (ou date de fin ?) Questionnaire EQ-5D-5L à J90 rempli ? ☐ oui ☐ non Si non, raison : _______ 10 CRF-ANTIBIONEED Version 1.0 du 22/01/2022

ANTIBIONEED APHP210357	Identifiant patient : I_0_I_I_I - Centre	_ _ Num inclusion	- l <u>l-</u> l_l Initiales Nom – Prénon
Date de fin d'étude du patier	nt : // /		
Suivi protocolaire réalisé en	totalité_(jusqu'à J90) □ Oui □ Non		
Si non, Raison(s <u>) de la soi</u>	rtie d'étude prématurée :		
□ Effets indésirabl	lles : _ _ _ _ _ _ _		_
☐ Décision de l'inv	vestigateur : _ _ _ _ _ _	_ _ _	
□ Raison personn	nelle du patient		
□ Retrait explicite	de consentement, date : _// //		
Refus du	u patient d'utilisation ses données recueillies	avant le retrait de con	nsentement : Oui Non
□ Décès	Date de décès : _ / // _	_l	
	Cause de décès : _ _ _ _		
□ Perdu de vue	Date des dernières nouvelles : _//	/	
□ Autre(s), précise	er		
COMMENTAIRES :			
	cer		
Date : _ / _ _ /		Signature de l'inve	estigateur :
NB : CRF à signer avant le d	1éliassage		

FIN D' ETUDE