

FICHE DE SIGNALEMENT D'UNE INFECTION SURVENANT A LA SUITE D'UNE HOSPITALISATION A LA POLYCLINIQUE DES ALPES DU SUD (PAS)

Madame, Monsieur,

Dans le but de renforcer la qualité et la sécurité des soins des patients hospitalisés, la Polyclinique des Alpes du Sud réalise une surveillance des infections nosocomiales.

- La Polyclinique des Alpes du Sud est engagée dans la lutte contre les Infections Nosocomiales (IN) et sa politique s'intègre dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013).
- Cette politique de lutte contre les IN s'articule autour de plusieurs orientations dont le maintien de l'utilisateur est au centre du dispositif.
- Dans ce but et dans un esprit de transparence, la PAS met à la disposition des usagers cette fiche de signalement. Elle permet à tout usager qui a contracté une infection lors d'un séjour à la PAS, de la signaler auprès du Comité d'Infectiovigilance.
- Tout signalement fera l'objet d'une analyse attentive.
- Dans tous les cas, **le patient** sera informé par courrier, via le Comité de Relation avec les Usagers (CRU), des conséquences et des suites qui ont été données à son signalement.

Si vous avez présenté une infection dont vous supposez qu'elle a un lien avec les soins réalisés au cours de votre hospitalisation, merci de renseigner cette fiche de signalement (éventuellement aidé par votre médecin traitant) et de la déposer à l'accueil de la Polyclinique ou de la retourner à l'adresse suivante :

Polyclinique des Alpes du Sud,
Dr MONDET, Comité d'Infectiovigilance,
3-5 rue Antonin Coronat,
05 000 GAP.

Dr MONDET

Médecin responsable du Comité d'InfectioVigilance de la Polyclinique des Alpes du Sud

DEFINITION D'UNE INFECTION NOSOCOMIALE : Une Infection Nosocomiale est une infection qui survient dans les suites d'une hospitalisation (dans un délai de 1 mois suivant l'hospitalisation ou de 1 an lorsque un dispositif implantable est mis en place) dans un établissement de soin et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

DATE DU SIGNALEMENT :

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

DATE D'ADMISSION À LA POLYCLINIQUE DES ALPES DU SUD POUR LE SEJOUR CONCERNE :

DESCRIPTION DU SOIN SUSPECTE D'ETRE A L'ORIGINE DE L'INFECTION :

- ☐ Sonde urinaire (mise en place ou retrait)
- ☐ Perfusion intraveineuse
- ☐ Endoscopie digestive (coloscopie, gastroscopie...): date de l'examen:
- ☐ Endoscopie urinaire (cystoscopie, ...) : date de l'examen:
- ☐ Intervention chirurgicale : date de l'intervention :
- ☐ Autre geste ou autre soin : préciser :

- ☐ Geste ou soin non identifié

COMMENT ET PAR QUI CETTE INFECTION A-T-ELLE ETE PRISE EN CHARGE ?

- ☐ Guérison spontanée sans consultation
- ☐ Guérison après consultation et traitement par votre médecin traitant
- ☐ Guérison après consultation et traitement par un service d'urgences
- ☐ Guérison après consultation et traitement par un médecin de la Polyclinique
- ☐ Autre prise en charge : préciser :

☐ La prise en charge de l'infection a nécessité une hospitalisation :

☐ NON

☐ OUI

Si OUI, dans quel établissement ?

☐ Nom du médecin qui a pris en charge l'infection :