

- une (• deux) fois pendant plus de 12 heures en raison d'intervention(s) majeure(s).

TYPE D'ADMISSION HOSPITALIERE: ☐ MEDICALE ☐ CHIRURGICALE (voir définition APACHE)

DEBUT D'ADMINISTRATION DE XIGRIS®: ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐ (JJ/MM/AAAA)

SITE D'INFECTION PRIMAIRE (Veuillez cocher une seule case)

- ☐ POUMONS
☐ ABDOMEN
☐ APPAREIL URINAIRE
☐ SYSTEME NERVEUX CENTRAL
☐ SANG / CATHETER
☐ PEAU / TISSUS MOUX
☐ AUTRE

DATE A LAQUELLE LE PATIENT A QUITTE

L'UNITE DES SOINS INTENSIFS: ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐ (JJ/MM/AAAA)

L'HÔPITAL: ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐ (JJ/MM/AAAA)

EN CAS DE DECES A L'HÔPITAL

DATE DU DECES: ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐ (JJ/MM/AAAA)

LE PATIENT EST DECEDE: ☐ Dans l'unité des soins intensifs
☐ Dans un autre service de l'hôpital

OU EN CAS DE SURVIE: DESTINATION DU PATIENT APRES AVOIR QUITTE L'HOPITAL

- ☐ SON DOMICILE
☐ UN AUTRE HÔPITAL
☐ UN CENTRE DE SOINS
☐ AUTRE:

☐ PAS D'APPLICATION⁽¹⁾

III- Identification du médecin spécialiste détenteur du titre d'intensiviste (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

1- - -
 / /

(nom)
(prénom)
(N° INAMI)
(Date)

(CACHET)

(SIGNATURE DU
MEDECIN)