

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

## DÉCLARATION D'UNE INFECTION SUSPECTÉE OU D'UN AGENT PATHOGÈNE

Direction clinique \_\_\_\_\_ Programme \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_

INSTALLATION \_\_\_\_\_ UNITÉ \_\_\_\_\_

DATE DE DÉBUT DES SYMPTÔMES \_\_\_\_\_ DATE DE DÉBUT DE PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj

SARM	BGNMR	AUTRE MICRO-ORGANISME
<input type="checkbox"/> <b>Connu à l'admission</b>  <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté  <b>Site</b> <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> <b>Connu à l'admission</b>  <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté  <b>Site</b> <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> <b>Connu ou suspecté à l'admission</b>  Type _____  Site _____
<b>RÉSULTAT DE LABO POSITIF</b>	<b>RÉSULTAT DE LABO POSITIF</b>	<b>RÉSULTAT DE LABO POSITIF</b>
Date _____ <small>aaaa/mm/jj</small>	Date _____ <small>aaaa/mm/jj</small>	Date _____ <small>aaaa/mm/jj</small>
<b>ERV</b>		<b>ZONA</b>
<input type="checkbox"/> <b>Connu à l'admission</b> <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté Site _____		<input type="checkbox"/> Diagnostic médical <input type="checkbox"/> Lésions recouvertes <input type="checkbox"/> Lésions non recouvertes Nombre dermatome _____
<b>RÉSULTAT DE LABO POSITIF</b>		<b>GALE</b>
Date _____ <small>aaaa/mm/jj</small>		<input type="checkbox"/> Diagnostic médical <input type="checkbox"/> Lésions caractéristiques <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Sillon épidermique
<b>Directive 1</b> <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact double désinfection  <b>Directive 2</b> <input type="checkbox"/> Pratique de base <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact  <b>Directive 3</b> <input type="checkbox"/> Contact/allégées <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact	<b>Directive 1</b> <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact  <b>Directive 2</b> <input type="checkbox"/> Contact/allégées <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact  <b>Directive 3</b> <input type="checkbox"/> Contact/allégées <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact	<b>Précautions instaurées</b>  _____

**IMPORTANT : Ne pas oublier de compléter l'identification de l'utilisateur dans le haut de la page 2.**

