

SIGNALEMENT PCI LORS D'UN TRANSFERT

Nom de l'installation : _____ Unité _____

Infections :

- DACD INFLUENZA GALE MRSI
 GASTRO-ENTÉRITE ZONA IVRS

Manifestations cliniques : _____	
Date début :	Date de fin :
Type de précautions additionnelles : _____	Date de début :
	Date de fin :
Prélèvement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Date :
Traitement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Date de début :
	Date de fin :
	Médicament :

BMR :

- SARM ERV BGNMR : Type de pathogène : _____
 Groupe 1
 Groupe 2

<input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté	Site :
Date du dernier prélèvement : _____ (photocopie du résultat à fournir, si disponible)	

Commentaires :

--

Signature : _____

Date : _____