

**FICHE DE RECUEIL POUR EVALUATION DE CONFORMITE DES ANTIBIOTHERAPIES :  
CEFTRIAXONE / CEFOTAXIME / PIPERACILLINE-TAZOBACTAM DANS LE CADRE D'UNE EPP**

**INFORMATIONS PATIENT**

**Critères d'exclusion :**

**Les services :** service des urgences (SAU), services de maladies infectieuses et services de médecine interne à orientation infectieuse

**Les patients :** hôpital de jour (HDJ), ambulatoire, hémodialyse, enfants <15 ans, patients dont l'indication n'a pas été retenue pour l'étude

**Date hospitalisation :**  **N° dossier :**

**Molécule étudiée :**

**Service :**  Psychiatrie       Médecine      *Spécialité :*   
 Gynéco/Obstétrique     Chirurgie  
 SSR                             Réanimation  
 EHPAD                         USLD

**Sexe :**  M  F    **Age :**                             **Poids (kg) :**

**Débit filtration glomérulaire (mL/min)**      Cockcroft and Gault

**à la date de l'instauration de l'ATB :**       MDRD

CKD-EPI

**Allergie(s) aux antibiotiques :**                             oui       non ou non connu

Si oui, détaillez :

**CARACTERISTIQUES DE L'INFECTION**

**Infection :**                             communautaire       associée aux soins       non connu

<b>Site infectieux :</b>	<b>Abdominal</b>	<input type="checkbox"/>	Angiocholite
		<input type="checkbox"/>	Cholécystite
		<input type="checkbox"/>	Infection du liquide d'ascite
		<input type="checkbox"/>	Péritonite
		<input type="checkbox"/>	Pancréatite aiguë
		<input type="checkbox"/>	Pancréatite avec surinfection de coulée de nécrose ou kyste
		<input type="checkbox"/>	Sigmoïdite
		<input type="checkbox"/>	Autre à préciser <input type="text"/>
	<b>Respiratoire</b>	<input type="checkbox"/>	Abcès/Pleurésie purulente
		<input type="checkbox"/>	Exacerbation aiguë de BPCO
	<input type="checkbox"/>	Pneumonie*	
	<input type="checkbox"/>	Pneumopathie d'inhalation	
	<input type="checkbox"/>	Autre à préciser <input type="text"/>	
<b>Comorbidités importantes* (&lt; 65 ans)</b>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
<small>(maladie néoplasique, hépatique, insuffisance cardiaque congestive, maladie cérébro-vasculaire, maladie rénale, maladie respiratoire/BPCO)</small>			
<b>Urinaire</b>	<input type="checkbox"/>	Cystite	
	<input type="checkbox"/>	Pyélonéphrite	
	<input type="checkbox"/>	Autre à préciser <input type="text"/>	
<b>Peau et tissus mous</b>	<input type="checkbox"/>	Abcès	
	<input type="checkbox"/>	Erysipèle (Dermohypodermite aiguë bactérienne)	
	<input type="checkbox"/>	Autre à préciser <input type="text"/>	
<b>Bactériémie</b>	<input type="checkbox"/>	Liée au cathéter	
	<input type="checkbox"/>	Date de retrait du cathéter <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/>	D'origine cutanée non liée au cathéter (hors érysipèle)	
<input type="checkbox"/>	<b>Ostéo-articulaire</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Neuro-méningé</b>		

**ANTIBIOTHERAPIE sur infection DOCUMENTEE (Ceftriaxone/Cefotaxime/Pipéracilline-tazobactam)**

Prescription de 1ère intention : oui  non

Si non, détaillez (quel ATB et durée approximative) :

Bactérie identifiée durant la période de l'antibiothérapie évaluée :

Date de l'antibiogramme  Type de prélèvement

Antibiogramme	Sensibilité de la bactérie			
Amoxicilline ou peni G	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Amoxicilline + Acide clavulanique	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Ceftriaxone / Cefotaxime	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Piperacilline-tazobactam	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Cotrimoxazole	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Fluoroquinolone* Noter R si une FQ est résistante (y compris acide nalidixique)	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>

**Autre bactérie identifiée** oui  non

Si oui, identification de la bactérie :  Type de prélèvement

Antibiogramme	Sensibilité de la bactérie			
Amoxicilline ou peni G	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Amoxicilline + Acide clavulanique	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Ceftriaxone / Cefotaxime	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Piperacilline-tazobactam	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Cotrimoxazole	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>
Fluoroquinolone* Noter R si une FQ est résistante (y compris acide nalidixique)	S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>

**Prescription antibiotique pour l'infection en cours :**

Antibiotiques utilisés (DCI)	Voie administration	Posologie (en g et nbre de prises)	Date de début de traitement (XX/XX/2019)	Date de fin de traitement (XX/XX/2019)	Durée de l'ATB effectuée ou prévue en cas de décès (nb de jours)
	IV <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>				
	IV <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>				
	IV <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>				
	IV <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>				

Durée totale de l'antibiothérapie (jours) :

**PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION****A REMPLIR PAR LE REFERENT ANTIBIOTIQUE****Conformité de l'antibiotique par rapport aux recommandations de l'ANTIBIOGUIDE :**

- Indication à prescrire un antibiotique ? oui  non
- Choix de l'antibiotique correct ? oui  non
- Conformité de la posologie (schéma posologique) ? oui  non
- Conformité de la posologie (adaptation à la fonction rénale) ? oui  non
- Conformité globale de la posologie (schéma et adaptation à la fonction rénale) ? oui  non
- Conformité de la durée de l'antibiotique étudié (cefotaxime-ceftriaxone-tazocilline) ? oui  non
- Durée inférieure aux recommandations  supérieure aux recommandations

## Si durée inférieure :

- le patient est-il décédé avant la fin du traitement ? oui  non
- le patient a-t-il été transféré sans prévision de la durée totale de l'antibiothérapie ? oui  non

**Conformité de l'antibiothérapie pour l'infection traitée par rapport aux recommandations de l'ANTIBIOGUIDE :**

- Conformité de la durée totale de l'antibiothérapie (+/- 1 jour) ? oui  non
- Durée inférieure aux recommandations  supérieure aux recommandations

## Si durée inférieure :

- le patient est-il décédé avant la fin du traitement ? oui  non
- le patient a-t-il été transféré sans prévision de la durée totale de l'antibiothérapie ? oui  non

## Pour les monothérapies :

- une association était-elle nécessaire ? oui  non  NA
- si oui, a-t-elle été mise en œuvre ? oui  non  NA
- si oui, était-elle pertinente ? oui  non  NA

## En cas d'association d'antibiotiques :

- l'association d'antibiotiques était-elle justifiée ? oui  non  NA

- Si une désescalade a été réalisée, était-elle pertinente ? oui  non  NA

## Commentaires libres