

FICHE DE RECUEIL POUR EVALUATION DE CONFORMITE DES ANTI-BIOTHERAPIES : CEFTRIAXONE /
 CEFOTAXIME / PIPER.-TAZO. DANS LE CADRE D'UN EPP

INFORMATIONS PATIENT

Date hospitalisation	<input type="text"/>	N° dossier	<input type="text"/>
Molécule étudiée:		<input type="text"/>	
Service :	<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Gyneco/Obstétri <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Réanimation <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> USLD	<i>Spécialité :</i>	<input type="text"/>
		<i>Spécialité :</i>	<input type="text"/>
		<i>Spécialité :</i>	<input type="text"/>
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age :	<input type="text"/>
Débit filtration glomérulaire (mL/min):	<input type="text"/>		Poids : <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Cockroft and Gault <input type="checkbox"/> MDRD <input type="checkbox"/> CKD - EPI	
Allergie(s) aux antibiotiques :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si Oui, détaillez:	<input type="text"/>		
Voie orale possible (au moment de la prescription ATB étudiée):	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NC
Antibiothérapie préalable à base de fluoroquinolones			
- dans les 3 mois :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NC
- dans les 6 mois :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NC

CARACTERISTIQUE DE L'INFECTION

Infection : communautaire associée aux soins NC

(Préciser l'indication de l'antibiothérapie)

<input type="checkbox"/> Infection abdominale	
<input type="checkbox"/> Infection urinaire	
<input type="checkbox"/> Bactériémie	
<input type="checkbox"/> Infection sexuellement transmissible	
<input type="checkbox"/> Infection respiratoire	
<input type="checkbox"/> Infection neuro-méningée	
<input type="checkbox"/> Infection ORL	
<input type="checkbox"/> Endocardite	
<input type="checkbox"/> Infection peau et tissus mous	
<input type="checkbox"/> Infection ostéo-articulaire	
<input type="checkbox"/> Choc septique (origine à préciser ci-contre)	
<input type="checkbox"/> Neutropénie fébrile	
<input type="checkbox"/> Autre (Préciser ci-contre)	

ANTIBIOTHERAPIE sur infection DOCUMENTEE

Prescription de 1ère intention : Oui Non

Germe identifié :

--

Antibiogramme	sensibilité du germe			
Amoxicilline ou peni G	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Amoxicilline + Ac clavulanique	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Ceftriaxone / Cefotaxime	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Fosfomycine	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Piperacilline-tazobactam	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Cotrimoxazole	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Ofloxacin	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Levofloxacin	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Nitrofurantoine	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu

Autre germe identifié Oui Non

Si Oui, indiquez le germe identifié :

--

Antibiogramme	sensibilité du germe			
Amoxicilline ou peni G	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Amoxicilline + Ac clavulanique	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Ceftriaxone / Cefotaxime	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Fosfomycine	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Piperacilline-tazobactam	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Cotrimoxazole	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Ofloxacin	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Levofloxacin	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu
Nitrofurantoine	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> non connu

Prescription antibiotique pour l'infection en cours

Antibiotiques utilisés	Voie administration	Posologie (en mg et nbre de prises)	Date début	Date fin
	<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"/> IV <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC			

PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION

A REMPLIR PAR LE REFERENT ANTIBIOTIQUE

Conformité du traitement aux recommandations de l'ANTIBIOGUIDE :

Indication à prescrire un antibiotique ? Oui Non

Le choix de l'antibiotique est-il correct ? Oui Non

Conformité de la posologie ? Oui Non

Conformité de la voie d'administration ? Oui Non

Conformité de la durée de prescription ? Oui Non

L'association antibiotique est-elle justifiée? Oui Non NA

Si oui, le choix d'antibiotique associé est-il correct?

Oui Non

Commentaire libre