

**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

Abdominal Angiocholite
 Cholécystite
 Infection du liquide d'ascite
 Péritonite
 Pancréatite aiguë
 Pancréatite avec surinfection de coulée de nécrose ou kyste
 Sigmoïdite
 Autre à préciser

Respiratoire Abscess/Pleurésie purulente
 Exacerbation aiguë de BPCO
 Pneumonie*
 Pneumopathie d'inhalation
 Autre à préciser

Comorbidités importantes* (< 65 ans) oui non non connu
Site infectieux : (maladie néoplasique, hépatique, insuffisance cardiaque congestive, maladie cérébro-vasculaire, maladie rénale, maladie respiratoire/BPCO)

Urinaire Cystite
 Pyélonéphrite
 Autre à préciser

Peau et tissus mous Abscess
 Erysipèle (Dermohypodermite aiguë bactérienne)
 Autre à préciser

Bactériémie Liée au cathéter
Date de retrait du cathéter
 D'origine cutanée non liée au cathéter (hors érysipèle)

Ostéo-articulaire

Neuro-méningé

ANTIBIOTHERAPIE PROBABILISTE (Ceftriaxone/Cefotaxime/Pipéracilline-tazobactam)									
Prescription de 1ère intention :			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>					
Si non, détaillez (quel ATB et durée approximative)									
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"/>					
Réévaluation à 48/72h :			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>				
Si oui, la réévaluation est explicite ?			oui <input type="checkbox"/>	implicite <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>				
Réévaluation entre 72h et 7 jours compris :			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>				
Si oui, la réévaluation est explicite ?			oui <input type="checkbox"/>	implicite <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>				
Identification de (des) bactérie(s) :			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>					
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*			S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>			
Noter R si une FQ est résistante (y compris acide nalidixique)									
Autre bactérie identifiée :			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>					
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*			S <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	non connu <input type="checkbox"/>			
Noter R si une FQ est résistante (y compris acide nalidixique)									
Modification de l'antibiothérapie à la réévaluation à 48h-72h ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>					
Modification de l'antibiothérapie à la réévaluation à 72h-7 jours ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>					
Si oui, nouvelle antibiothérapie ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>					
Antibiotiques utilisés (DCI)	Durée de l'ATB effectuée ou prévue en cas de décès (nb de jours)								
Une désescalade était-elle possible ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>				
Si oui, a-t-elle été réalisée ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>					
Si non, détaillez :									
Durée totale de l'antibiothérapie (jours) :									

PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION

Conformité de l'antibiotique par rapport aux recommandations de l'ANTIBIOGUIDE :

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

Si durée inférieure :

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| - le patient est-il décédé avant la fin du traitement ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| - le patient a-t-il été transféré sans prévision de la durée totale de l'antibiothérapie ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Durée inférieure aux recommandations | | <input type="checkbox"/> supérieure aux recommandations | | |

Si durée inférieure :

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| - le patient est-il décédé avant la fin du traitement ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| - le patient a-t-il été transféré sans prévision de la durée totale de l'antibiothérapie ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

Pour les monothérapies :

- | | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| une association était-elle nécessaire ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
| si oui, a-t-elle été mise en œuvre ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
| si oui, était-elle pertinente ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |

En cas d'association d'antibiotiques :

- | | | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| l'association d'antibiotiques était-elle justifiée ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|

- | | | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| Si une désescalade a été réalisée, était-elle pertinente ? | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|

Commentaires libres