



CPias Centre Val de Loire

Réseau des Hygiénistes de la région Centre

ENQUETE REGIONALE 2026

ÉTUDE DE PORTAGE DIGESTIF DES BHRé



ENQUÊTE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS

Janvier 2026

<https://www.cpias-centre.fr>

SOMMAIRE

I. Schéma récapitulatif	3
II. Objectifs de l'enquête	4
III. Les établissements concernés	4
IV. Modalités d'inscription des établissements à l'enquête	5
V. Déroulement de l'enquête	5
VI. Données recueillies pour l'enquête	5
VII. Recueil et saisie des données	6
VIII. Analyse des données	7
IX. Livret d'inscription	8
Fiche d'identification de votre établissement	9
Fiche ACCORD	11
Fiche ETABLISSEMENT	13
Fiche PATIENT / RESIDENT	14
Information donnée aux patients résidents	15
X. Annexes	
Annexe 1 : Guide pour remplir la fiche de recueil	16
Annexe 2 : Code des disciplines et des spécialités	19

I. Schéma récapitulatif

ENQUÊTE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS ET DU PORTAGE DIGESTIF DES BHRE 1 JOUR DONNÉ

INSCRIPTION AVEC ACCORD DIRECTION

Le champ de l'enquête est limité à 1 unité de 30 patients / résidents

=> **livret d'inscription à renvoyer au CPIAS avant le 15/04/2026.**

LE JOUR DE L'ENQUÊTE (entre le 15/03/2026 et 15/05/2026)

- 1- avec l'assistance du médecin du service, **remplir** 1 fiche d'enquête par patient/résident inclus
- 2- avec le cadre et le médecin concerné(s), **réaliser** 1 prélèvement pour chaque patient/résident inclus :

1 prélèvement rectal ou 1 écouvillonnage d'une selle ou
1 écouvillonnage de la protection d'incontinence des résidents d'EHPAD
(prélèvement sur protection usagée de la nuit)

Vous devez utiliser les écouvillons du CPIAS

1 prélèvement par chaque patient/résident

L'assistance de l'hygiéniste par le cadre et le médecin doit être planifiée avant le jour de l'enquête.

Transmettre sans délai les écouvillons au CPIAS avec la "fiche ÉTABLISSEMENT"*

(envoi au CPias avant le 15/05/2026)

LES JOURS SUIVANTS

Finaliser le remplissage des fiches "PATIENT / RESIDENT"

Saisir les fiches sur le WEB **(avant le 30/05/2026)**

* Mme COIRAULT Claire-Sophie, CPias Centre Val de Loire Hôpital Bretonneau 2 Boulevard Tonnelé,
37044 Tours Cedex 9

II. OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Le programme national de prévention des infections associées aux soins souligne la nécessité d'un suivi des infections dans les établissements de santé et dans les établissements du secteur médico-social, et tout particulièrement des infections impliquant des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHRe).

Afin de lutter contre la diffusion des BHRe, le CPIAS organise régulièrement depuis 2010 une étude de portage digestif des BHRe couplée à une enquête de prévalence des infections.

La dernière enquête de portage réalisée en région date de 2022. Pour 48 établissements participants (13 établissements sanitaires, 33 EHPADs, 1 FAM, 1 FAM-MAS) aucun portage asymptomatique d'EPC ni d'ERV n'avait été retrouvé chez les 1329 patients et résidents inclus dans l'étude.

De janvier à novembre 2025, 82 signalements externes ont concerné des BHRe, en région pour 18 établissements, et 6 clusters associés à des ERV van A ont été détectés.

L'objectif de notre étude est de faire un nouvel état des lieux sur un nombre le plus important possible de patients/résidents de la région.

Cette année, nous proposons à l'ensemble des établissements de santé et aux EMS de participer à cette étude du portage digestif des BHRe, associant :

- une enquête de prévalence des infections 1 jour donné
- une étude du portage digestif des BHRe des patients/résidents permettant de déterminer pour chaque établissement participant la prévalence du portage des entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC), et des entérocoques résistant à la vancomycine (*E. faecium* ; ERV),
- la caractérisation précise des souches de BHRe qui seront détectées le cas échéant (antibiogramme et séquençage).

III. LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS

L'enquête est proposée à l'ensemble des établissements sanitaire et médico-sociaux de la région.

Compte-tenu de la nécessité de réaliser une recherche de portage pour chaque patient/résident inclus, l'enquête est limitée à une partie de l'établissement, un service par exemple. Le secteur délimité pour l'enquête est une unité géographique. Dans ce secteur, tous les patients/résidents présents le jour de l'enquête sont inclus.

L'enquête est réalisée pour 30 patients/résidents. Si le nombre de patients/résidents de l'unité est > 30, les 30 patients inclus sont définis par tirage au sort.

L'enquête doit être présentée et décidée en CLIN/Cellule de GDR, ou pour les établissements médico-sociaux, par le médecin et le Directeur de l'établissement.

Comme pour l'enquête de prévalence nationale, il est nécessaire d'informer de l'étude le patient/le résident ou ses proches (une lettre vous est proposée en page 15).

IV. MODALITÉS D'INSCRIPTION DES ÉTABLISSEMENTS À L'ENQUÊTE

Un livret d'inscription (pages 8 à 12) est rempli pour chaque établissement participant et retourné au CPIAS pour :

- formaliser l'inscription à l'enquête régionale
- identifier une personne responsable de l'enquête
- définir les limites du champ de l'enquête (nature du service enquêté).

Le livret d'inscription doit être retourné au CPIAS avant le 15/04/2026. Un courrier vous sera envoyé pour confirmer votre inscription.

Les écouvillons nécessaires à l'enquête seront délivrés le jour de la réunion du 13 Janvier 2026 ou envoyés après réception de votre dossier d'inscription.

L'équipe du CPIAS s'engage à fournir une assistance méthodologique aux établissements participants.

V. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

L'enquête se déroule un jour donné inclus dans la période du 15/03/2026 au 15/05/2026. Il est préférable d'effectuer l'enquête en milieu de semaine.

VI. DONNÉES RECUEILLIES POUR L'ENQUÊTE

Les données sont recueillies dans le service à l'aide de 2 fiches :

- 1 fiche « ETABLISSEMENT » (page 13),
- 1 fiche « PATIENT/RESIDENT », à remplir pour tout patient/résident inclus (page 14).

Avant le jour de l'enquête, l'enquêteur se rend dans le service pour rencontrer le correspondant préalablement identifié et averti, pour lui présenter l'enquête et déterminer la date de l'enquête.

Le jour de l'enquête, l'enquêteur remplit les fiches « patient/résident », recherche la présence de signes cliniques en faveur d'une infection. Pour cela, il utilise le dossier médical, le dossier infirmier et la feuille de température. La présence du médecin du service ou de l'EHPAD est nécessaire pour le remplissage des fiches.

Pour chaque patient/résident, un prélèvement est réalisé avec un écouvillon avec milieu de transport distribué par le CPIAS.

1. En EHPAD, pour les résidents incontinents portant des protections, le prélèvement peut être réalisé soit par :
 - écouvillonnage rectal (les écouvillons doivent être colorés)ou
 - écouvillonnage de selles,ou
 - écouvillonnage de la protection d'incontinence « du matin », que celle-ci soit souillée ou non par des matières fécales. L'écouvillonnage de la protection doit être réalisé au moment du change du matin par plusieurs passages sur le change usagé.
2. Pour les patients /résidents ne portant pas de protection, 1 seul prélèvement est réalisé par
 - écouvillonnage rectal (les écouvillons doivent être colorés)ou
 - écouvillonnage de selles.

Attention : il est impératif d'utiliser les écouvillons fournis par le CPIAS.



Dans tous les cas, l'écouvillon doit être identifié avec les 3 premières lettres du nom et la date de naissance du patient/résident, le nom de l'établissement et la date du prélèvement.

Les écouvillons accompagnés de la fiche « établissement » doivent être envoyés au CPIAS sans délai (au maximum 72h après les prélèvements) à température ambiante. Pour cela, ils sont mis dans une enveloppe « bulle » et adressés à Mme Claire-Sophie Coirault, secrétaire, CPIAS Centre Val de Loire Hôpital Bretonneau 2 Boulevard Tonnelé 37044 TOURS Cedex 9.

NB : Si les écouvillons sont conservés localement quelques jours, ne pas les mettre au frigo et conservez les à température ambiante.

La date limite d'envoi des écouvillons est le 15/05/2026.

VII. RECUEIL ET SAISIE DES DONNÉES

La fiche « établissement » est envoyée avec les écouvillons.

Les fiches « PATIENT/RESIDENT » sont saisies sur le WEB par le responsable local de l'enquête. Le lien vous sera communiqué prochainement.

La date limite de saisie des fiches « PATIENTS/RESIDENTS » est le 30/05/2026.

Pour toute question, contacter le Dr Anne-Sophie Valentin as.valentin@chu-tours.fr

VIII. ANALYSE DES DONNÉES

Les données seront analysées par le CPIAS.

La restitution des résultats sera faite le 23 juin 2026 lors de la journée régionale. L'envoi des résultats par établissements sera fait aux destinataires désignés lors de l'inscription.

Les résultats feront l'objet d'une communication dans un congrès national et/ou d'une publication scientifique dans une revue avec comité de lecture. Tous les participants seront cités nommément.

LIVRET D'INSCRIPTION 2026

A renvoyer au CPIAS, rempli et signé.

FICHE D'IDENTIFICATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT HORS EMS et SSIAD

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____

Adresse _____

Ville _____ Code Postal |_|_|_|_|_|_|_|

Numéro FINESS juridique établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro FINESS géographique établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

STATUT DE L'ÉTABLISSEMENT : ☐ PUBLIC
☐ PRIVÉ
☐ ESPIC

Type	☐ CHU-CHR	☐ HAD
	☐ CH > 300 lits	☐ PSY
	☐ CH < 300 lits	☐ SSR
	☐ Clinique > 100 lits	☐ SLD
	☐ Clinique < 100 lits	☐ Hémodialyse
	☐ Hôpital local	☐ Divers (à préciser)

Nombre total de lits de l'établissement |_|_|_|_|_|_|_|

FICHE D'IDENTIFICATION DE VOTRE EMS ou SSIAD

**SI PLUSIEURS EMS OU SSIAD SONT RATTACHÉS À VOTRE ÉTABLISSEMENT,
REEMPLIR UNE FICHE PAR EMS OU SSIAD**

NOM PRECIS DE L'ÉTABLISSEMENT _____

Adresse _____

Ville _____ Code Postal |_|_|_|_|_|_|_|

STATUT DE L'ÉTABLISSEMENT :

☐ PUBLIC

☐ PRIVÉ

☐ ESPIC

Numéro FINESS juridique établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro FINESS géographique établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

EST-IL : ☐ Rattaché à un établissement de santé

LEQUEL : _____

☐ Indépendant

NOMBRE DE LITS/PLACES/PATIENTS DE L'ÉTABLISSEMENT |_|_|_|_|_|_|_|

FICHE ACCORD (1 FICHE PAR ENTITE)

ENGAGEMENT A PARTICIPER ENQUETE REGIONALE 2026

L'accord du directeur de l'établissement est un préalable à la participation à l'enquête.
Les résultats de l'enquête pour votre établissement sont confidentiels.

A l'issue de l'enquête, ils seront transmis par mail :

- au directeur de l'établissement,
- au responsable local de l'enquête (hygiéniste, référent hygiène),
- au responsable de la gestion des risques,
- au chef de service dans lequel l'enquête est réalisée,
- au médecin coordinateur et à l'IDEC, le cas échéant,

La date de votre enquête, le lieu de l'enquête et les destinataires des résultats doivent être renseignés dans la fiche suivante.

L'engagement à participer à l'enquête est formalisé par la signature des personnels concernés (à minima le directeur de l'établissement et le responsable local de l'enquête).

NB : si un professionnel est responsable de l'enquête pour plusieurs établissements (ES, EMS, ou SSIAD), il est nécessaire de remplir une fiche « ENGAGEMENT » pour chaque entité.

INSCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT

Type de service	MCO	RÉA	SSR	EHPAD	AUTRE*
	☐	☐	☐	☐	☐

*Précisez _____
se référer à l'annexe « CODE DES DISCIPLINES ET DES SPÉCIALITÉS » (page 19)

- Jour prévu pour l'enquête de prévalence : le __/__/2026
- Jour prévu pour l'étude de portage : le __/__/2026

Les 2 volets de l'enquête (enquête de prévalence et enquête de portage) doivent obligatoirement avoir lieu la même semaine

Les écouvillons pour la recherche de portage doivent être envoyés à Mme Coirault (CPIAS Centre Val de Loire, Hôpital Bretonneau, 37044 Tours Cedex 9) au maximum 72 h suivant la date de prélèvement

Date limite de retour des écouvillons : 15/05/2026

Date limite de saisie des fiches « patients/résidents » : 30/05/2026

LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT _____ _____, NOM, PRÉNOM : _____ E-mail : (obligatoire) _____ TEL ____ ____ ____ ____ ____	Signature du directeur ou de son représentant par délégation*, * obligatoire
LE RESPONSABLE DE L'ENQUETE POUR L'ETABLISSEMENT : _____ _____, NOM, PRÉNOM : _____ E-mail : (obligatoire) _____ TEL ____ ____ ____ ____ ____	Signature du responsable local de l'enquête*, * obligatoire
LE RESPONSABLE DE LA GESTION DES RISQUES POUR L'ETABLISSEMENT : _____ _____, NOM, PRÉNOM : _____ E-mail : (obligatoire) _____	Signature du responsable local de la GDR,
LE CHEF DE SERVICE DANS LEQUEL L'ENQUETE EST REALISEE NOM, PRÉNOM : _____ E-mail : (obligatoire) _____	Signature du chef de service,
LE MEDECIN COORDINATEUR DE L'ETABLISSEMENT : _____ _____, NOM, PRÉNOM : _____ E-mail : (obligatoire) _____	Signature du médecin coordinateur,
L'IDEC DE L'ETABLISSEMENT : _____ _____, NOM, PRÉNOM : _____ E-mail : (obligatoire) _____	Signature de l'IDEC,

FICHE ETABLISSEMENT (1 FICHE PAR ENTITÉ) ENQUETE REGIONALE 2026

Fiche à envoyer avec les écouvillons avant 15/05/2026.

Les écouvillons doivent comporter
Les 3 premières lettres du NOM du patient/résident, sa date de naissance
et le nom de votre établissement.

NOM DE VOTRE ETABLISSEMENT : _____

SERVICE/ENTITE ETUDIE

Type* [] [] [] [] [] []

Nombre de LITS/PLACES du service :

[] []

Nombre de patients/résidents surveillés :

[] []

* se référer à l'annexe « CODE DES DISCIPLINES ET DES SPÉCIALITÉS » (page 19)

ENQUÊTE réalisée le [] [] / [] [] / [] [] [] []

PRÉLÈVEMENTS réalisés le [] [] / [] [] / [] [] [] []

Nombre d'écouvillons* :

[] []

* 1 écouvillon doit être transmis pour chaque patient/résident inclus.

FICHE PATIENT/RESIDENT (1 FICHE PAR PATIENT/RESIDENT)



N° fiche patient/résident Étiquette patient/résident



ES et service / EMS

FINESS ETABLISSEMENT

Dénomination SERVICE

Code disc./spec.

/

Date de l'enquête

jj/mm/aaaa

/ /

Patient/résident

N° fiche

NOM du patient/resident (uniquement les 3 premières lettres)

Date d'entrée

jj/mm/aaaa

/ /

Sexe

1.homme 2.femme

Date de naissance

jj/mm/aaaa

/ /

Score de MacCabe

0 – 1 – 2 selon le score ou 9 si NSP

Immunodépression

1.oui 2.non 9.NSP

État général

Marche autonome

1.oui 2.non 9.NSP

Au fauteuil

1.oui 2.non 9.NSP

Alité

1.oui 2.non 9.NSP

Diabète

1.oui 2.non 9.NSP

Hémodialyse chronique

1.oui 2.non 9.NSP

Cancer évolutif

1.tumeur solide 2.hémopathie 3.non 9.NSP

Signes d'infection ce jour

1.oui 2.non 9.NSP

Antécédents

Hospitalisation dans les 6 mois

1.oui 2.non 9.NSP

(hors hospitalisation actuelle, le cas échéant)

Hospitalisation à l'étranger

1.oui 2.non 9.NSP

(dans les 12 mois)

Voyage à l'étranger

1.oui 2.non 9.NSP

(dans les 12 mois)

Traitement antibiotique depuis 6 mois

1.oui 2.non 9.NSP

(y compris traitement en cours, le cas échéant)

SI OUI, préciser

1.fluoroquinolones 2. céphalosporines

(si plusieurs)

3.carbapénèmes 4. glycopeptides

5.autre, préciser _____ 9.NSP

Facteurs associés à un risque épidémique/transmission croisée

Incontinence fécale

1.oui 2.non 9.NSP

Incontinence urinaire

1.oui 2.non 9.NSP

SI OUI, gestion par

1.protection 2.sonde 3.étui pénien

4.autre, préciser _____

9.NSP

Prélèvement

date du prélèvement

/ /



INFORMATION DONNEE AUX PATIENTS/RESIDENTS

ENQUÊTE RÉGIONALE DE PRÉVALENCE ÉTUDE DU PORTAGE DIGESTIF BHRe

Vous êtes hospitalisé dans le service _____ de notre établissement de santé / Vous êtes résident dans notre EHPAD/établissement _____.

Selon les recommandations du Ministère de la Santé et afin de renforcer la qualité des soins prodigués dans notre établissement, une enquête sur le risque infectieux a lieu dans l'ensemble des établissements publics et privés de la région Centre Val de Loire, un jour donné entre le **15/03/2026** et le **15/05/2026**.

Cette enquête consiste en la collecte d'informations médicales et épidémiologiques à l'aide d'un questionnaire standardisé, chez les personnes qui sont présentes dans l'établissement le jour suivant : / / .

Cette enquête nécessite la réalisation d'un prélèvement et l'informatisation de données médicales, indirectement nominatives, vous concernant. Les données d'identification vous concernant seront conservées uniquement sur le questionnaire papier au niveau de l'établissement de soins pendant une période limitée (**juin 2026**) pour permettre la validation des données et seront ensuite détruites. Conformément à l'article 38 de la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 6 août 2004, vous avez le droit de vous opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données à caractère personnel vous concernant fassent l'objet d'un traitement.

Ces données à caractère personnel anonymisées feront l'objet d'un traitement statistique informatique au niveau du CPIAS. L'informatisation des données recueillies au cours de cette enquête a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés qui a donné un avis favorable. Les articles 39 et 40 de la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 6 août 2004, garantissent aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Dans le cas où vous souhaitez être informé du résultat et du type d'informations recueillies vous concernant, vous pouvez exercer un droit d'accès par l'intermédiaire de tout médecin exerçant dans ce service, auprès du responsable de l'enquête pour l'établissement, ou auprès du CPIAS.

ANNEXE 1

Guide pour remplir les fiches « PATIENT/RESIDENT »

- **Numéro de fiche patient/résident**

Ce numéro sera attribué au moment de la saisie. Il devra être noté sur la fiche papier, à 3 endroits :

- sur la partie du haut à la rubrique « Numéro de fiche patient/résident »

ET

- sur la partie du bas à la rubrique « N° fiche »

ET

- sur la fiche WEB.

Ce numéro est essentiel pour pouvoir retrouver la fiche si des corrections s'avèrent nécessaires à l'issue du contrôle qualité des données.

- **Étiquette patient /résident**

Pour assurer la confidentialité des informations médicales recueillies lors de cette enquête, une fois les fiches saisies, découper les fiches en leurs 2 parties et archiver les séparément en lieu sûr.

ES et service / EMS

- **FINESS établissement** : Indiquer le numéro FINESS de votre établissement.
- **Dénomination SERVICE** : Préciser le nom exact du service (UF ou autre) dans lequel est réalisé l'enquête.
- **Code disc./spec.** : Préciser la spécialité du service à l'aide de l'annexe 2.
- **Date de l'enquête** : Indiquer la date à laquelle l'enquête a été réalisée (jj/mm/aaaa).

Patient/résident

- **Numéro de fiche** : Voir rubrique « numéro de fiche patient/résident » ci-dessus.
- **NOM du patient/résident** : indiquer les 3 premières lettres du nom du patient/résident (de la même façon que sur les écouvillons).
- **Date d'entrée** : Noter la date d'entrée du patient/résident dans l'établissement (pas dans le service)
- **Sexe** : Coder **1** pour un **homme** ou **2** pour une **femme**.
- **Date de naissance** : Noter la date de naissance du patient/résident.
- **Score de Mac Cabe (indice de gravité)** : Cet indice de gravité est renseigné par le correspondant médical du service.

Le score décrit la situation du patient/résident le jour de l'enquête, sauf si le patient présente une infection nosocomiale. Dans ce cas, il faut prendre en compte pour l'indice, l'état du patient avant cette infection.

Cocher la case correspondante :

- **Coder 0** en absence de maladie ou maladie non fatale
- **Coder 1** si maladie fatale dans les 5 ans
- **Coder 2** si maladie rapidement fatale dans l'année
- **Coder 9** si statut non connu
- **Immunodépression :** **Coder 1** si le patient est immunodéprimé,
Coder 2 dans le cas contraire
Coder 9 si statut non connu.
- **État général**
 - **Marche autonome :** **Coder 1** si le patient/résident marche de façon autonome
Coder 2 si le patient/résident ne marche plus de façon autonome
Coder 9 si statut non connu
 - **Au fauteuil :** **Coder 1** si le patient/résident va fréquemment au fauteuil
Coder 2 dans le cas contraire
Coder 9 si statut non connu
 - **Alité :** **Coder 1** si le patient/résident reste le plus fréquemment alité
Coder 2 dans le cas contraire
Coder 9 si statut non connu
 - **Diabète :** **Coder 1** si le patient/résident présente un diabète
Coder 2 dans le cas contraire
Coder 9 si statut non connu
 - **Hémodialyse chronique :** **Coder 1** si le patient/résident est en hémodialyse
Coder 2 dans le cas contraire
Coder 9 si statut non connu
 - **Cancer évolutif :** **Coder 1** si le patient/résident présente une tumeur solide
Coder 2 si le patient/résident présente une hémopathie
Coder 3 si le patient ne présente pas de cancer évolutif
Coder 9 si statut non connu

Signes d'infection ce jour

- **Coder 1** si le patient/résident présente une infection le jour de l'enquête, sinon
- **Coder 2** dans le cas contraire
- **Coder 9** si statut non connu.

Antécédents

- **Hospitalisation dans les 6 mois**
 - **Coder 1 :** si le patient/résident a été hospitalisé dans les 6 mois précédent (hors hospitalisation actuelle, le cas échéant)
 - **Coder 2** dans le cas contraire
 - **Coder 9** si statut non connu
- **Hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois**

- **Coder 1** si le patient/résident hospitalisé à l'étranger au cours de l'année précédente
- **Coder 2** dans le cas contraire
- **Coder 9** si statut non connu
- **Voyage à l'étranger dans les 12 mois**
 - **Coder 1** : si le patient/résident a voyagé à l'étranger au cours de l'année précédente
 - **Coder 2** dans le cas contraire
 - **Coder 9** si statut non connu
- **Traitement antibiotique dans les 6 mois**
 - **Coder 1** : si le patient/résident a reçu un traitement antibiotique dans les 6 mois précédent (y compris traitement en cours le cas échéant)
 - **Coder 2** dans le cas contraire
 - **Coder 9** si statut non connu

Si OUI : préciser l'antibiotique (Si plusieurs antibiotiques, indiquer les différents codes):

- **Coder 1** si fluoroquinolones
- **Coder 2** si céphalosporines
- **Coder 3** si carbapénèmes
- **Coder 4** si glycopeptides
- **Coder 5** si autre et préciser
- **Coder 9** si non connu

Facteurs associés à un risque épidémique/transmission croisée

- **Incontinence fécale**
 - **Coder 1** si le patient/résident présente une incontinence fécale
 - **Coder 2** dans le cas contraire
 - **Coder 9** si non connu
- **Incontinence urinaire**
 - **Coder 1** si le patient/résident présente une incontinence urinaire
 - **Coder 2** dans le cas contraire
 - **Coder 9** si non connu

Si OUI, préciser comment est gérée cette incontinence urinaire.

- **Coder 1** si protection
- **Coder 2** si sonde
- **Coder 3** si étui pénien
- **Coder 4** si autre et préciser
- **Coder 9** si non connu

Prélèvement(s)

Indiquer la date à laquelle le prélèvement par écouvillonnage rectal a été effectué.

ANNEXE 2

Code des disciplines et des spécialités

Pédiatrie <i>Les soins intensifs en pédiatrie sont classés surveillance continue pédiatrique</i>	<u>Codage discipline</u>	<u>Codage spécialité</u>
Néonatalogie	PED	NEO
Hospitalisation de jour, pédiatrie		JOU
Surveillance continue pédiatrique, soins intensifs pédiatriques		SUR
Pédiatrie et spécialités pédiatriques		PED
Pédiatrie, autre		AUT
Réanimation <i>Hors soins intensifs</i>	<u>Codage discipline</u>	<u>Codage spécialité</u>
Réanimation néonatale	REA	NEO
Réanimation pédiatrique		PED
Réanimation médicale adultes		MED
Réanimation polyvalente		POL
Réanimation chirurgicale pour adulte		CHI
Réanimation spécialisée		SPE
Réanimation autre		AUT
Chirurgie <i>Les soins intensifs chirurgicaux sont codés en en surveillance continue chirurgicale</i>	<u>Codage discipline</u>	<u>Codage spécialité</u>
Chir. Thoracique et thoracique-cardio-vasculaire	CHI	THO
Chir. Cardiaque		CAR
Chir. Vasculaire		VAS
Chir. Cardio-vasculaire		CVA
Neurochirurgie		NEU
Chir. Digestive		DIG
Chir. Générale		GEN
Chir. Infantile		PED
Orthopédie traumatologie		ORT
Chir. Plastique et reconstructive		PLA
ORL		ORL
Ophtalmologie		OPH
Stomatologie, chir. Maxillo-faciale		STO
Urologie		URO
Chir. Carcinologique		CAN
Surveillance continue chirurgicale, soins intensifs chirurgicaux		SUR
Chirurgie ambulatoire		AMB
Chir. transplantation		TRA
Autres chirurgie		AUT
Gynéco-Obs	<u>Codage discipline</u>	<u>Codage spécialité</u>
Gynécologie-obstétrique, Obstétrique	OBS	OBS
Gynécologie chirurgicale		CHI
Gynécologie, suivi de grossesse		GYN
Autres, Gynécologie et obstétrique		AUT

Médecine <i>Les soins intensifs spécialisés médicaux sont classés avec les spécialités, sauf en cardiologie – Les soins intensifs polyvalents sont en surveillance continue médicale</i>	<u>Codage discipline</u>	<u>Codage spécialité</u>
Médecine générale, polyvalente	MED	GEN
Médecine interne		INT
Surveillance continue médicale, soins intensifs médicaux polyvalents		SUR
Pneumologie		PNE
Cardio-vasculaire, cardiologie,		CAR
Unité de soins intensifs cardiologiques		USI
Néphrologie		NEP
Hépatogastro-entérologie		HGE
Dermatologie, vénérologie		DER
Endocrinologie, diabétologie, nutrition, métabolisme		NUT
Rhumatologie		RHU
Neurologie		NEU
Médecine carcinologique, Oncologie		CAN
Radiothérapie, curiethérapie, médecine nucléaire		RAD
Hématologie		HEM
Médecine gériatrique		GER
Maladies infectieuses, Médecine tropicale		INF
Hospitalisation de jour, médecine adulte		JOU
Autres médecine		AUT

SSR	<u>Codage discipline</u>	<u>Codage spécialité</u>
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	SSR	SSR
Soins de suite et de réadaptation, autres		AUT

SLD	SLD	SLD
------------	------------	------------

PSY	PSY	PSY
------------	------------	------------

Autres	<u>Codage discipline</u>	<u>Codage spécialité</u>
Dialyse (hors néphrologie, réa), y compris ambulatoire	AUT	DIA
Hospitalisation à domicile		HAD
Urgence		URG
Autres		AUT

EHPAD	EHP	EHP
FAM Foyer d'Accueil Médicalisé	FAM	FAM
MAS Maison d'Accueil Spécialisée	MAS	MAS
EAM Établissement d'Accueil Médicalisé	EAM	EAM
IEM Institut d'Éducation Motrice	IEM	IEM
IME Institut Médico-Éducatif	IME	IME
ITEP Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique	ITEP	ITEP