

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PC SIN)

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE : ARTHROPLASTIES DE LA HANCHE ET DU GENOU

Groupe de travail :

Dominik Mertz (président), Johan Delport, Ian Davis, Stephanie Smith, Elisa Lloyd-Smith, Tara Ferguson, Jennifer Ellison, Lynn Johnston, Jennifer Happe (PCI), Kanchana Amaratunga (ASPC), et Robyn Mitchell (ASPC)

Coordonnées :

phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca

I. OBJECTIFS

Mettre en place une surveillance continue des infections du site opératoire associées aux arthroplasties de la hanche et du genou dans le réseau hospitalier du PCSIN.

II. MÉTHODOLOGIE

A. Plan de surveillance :

Il s'agit d'exercer une surveillance continue et prospective des infections du site opératoire chez les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou.

B. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Tous les hôpitaux qui font partie du réseau du PCSIN et qui réalisent des arthroplasties de la hanche et du genou.

Inclusions :

- Les arthroplasties primaires totales, les hémiarthroplasties primaires, et autres (p. ex. unicondylien) seront comprises dans la surveillance.
- Interventions dont la classification chirurgicale est propre, uniquement.

Exclusions :

- Révisions et resurfaçages.
- Chirurgies lors desquelles le patient est mort en salle d'opération ou dans les 24 heures suivant la chirurgie.
- Chirurgies lors desquelles l'incision cutanée n'a pas complètement été fermée à la fin de l'intervention.

C. Période de surveillance :

Les infections apparues dans les 90 jours (3 mois) suivant l'intervention seront compilées dans le cadre de la surveillance et devront être signalées rétrospectivement, selon la date de la procédure.

D. Données servant de numérateur :

La principale mesure des résultats est l'infection du site opératoire associée aux soins de santé à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Veuillez remplir le questionnaire du patient (annexe A) lorsqu'une infection est identifiée. L'annexe B présente les définitions utilisées pour classer les infections du site opératoire parmi les infections du site opératoire profondes associées à une incision ou infections du site opératoire associées à un organe ou à un espace.

E. Données servant de dénominateurs :

Chaque établissement participant soumettra le nombre de procédures concernant des arthroplasties totales, des hémiarthroplasties ou d'autres types d'arthroplasties de la hanche, et procédera de même pour les arthroplasties du genou. Veuillez remplir un formulaire d'information sur le dénominateur (annexe C).

F. Collecte et soumission des données :

On peut identifier les patients atteints d'une infection du site opératoire à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou en utilisant l'une des méthodes suivantes :

- examen des résultats du laboratoire de microbiologie;
- examen du dossier du patient;
- examen des notes du médecin;
- examen des dossiers relatifs aux reprises chirurgicales;
- examen des dossiers relatifs aux consultations au service des urgences;
- examen des dossiers relatifs aux consultations à la clinique (p. ex. clinique orthopédique);
- protocoles de prévention et de contrôle des infections;
- examen des dossiers de la pharmacie;
- examen des dossiers relatifs aux réadmissions.

Veillez suivre la procédure suivante pour soumettre les données :

- Les cas décelés entre le 1^{er} janvier et le 31 mars doivent être soumis au PCSIN avant le 30 juin.
- Les cas décelés entre le 1^{er} avril et le 30 juin doivent être soumis au PCSIN avant le 30 septembre.
- Les cas décelés entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre doivent être soumis au PCSIN avant le 31 décembre.
- Les cas décelés entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre doivent être soumis au PCSIN avant le 31 mars de l'année suivante.

Veillez saisir/télécharger toutes les données pour les transmettre au RCRSP : www.cnphi-rcrsp.ca

Lorsque vous entrez des données dans le RCRSP, veuillez-vous assurer que le cas est entré dans la bonne année de surveillance en fonction de la date de l'intervention et NON de la date à laquelle l'infection a été identifiée (p. ex. intervention du 20 décembre 2018 ; infection identifiée le 17 janvier 2019 - cas en 2018).

Pour tout trimestre où il n'y a pas de cas à rapporter pour votre site, un rapport à zéro doit être créé dans le module ISO de la hanche ou du genou dans le RCRSP afin de différencier les trimestres où il n'y a pas de cas à rapporter et les données manquantes.

Annexe A – FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT AYANT SUBI UNE ARTHROPLASTIE LA HANCHE OU DU GENOU

1. N° de l'établissement affilié au CCEH : _____

2. Code d'identification unique du patient : _____ 18 _____
(n° d'établissement affilié au CCEH) (année) (numéro du cas)

3. Âge _____ (années)

4. Sexe Homme Femme

5. Code postal (3 premiers chiffres) _____

6a. Type d'intervention (veuillez cocher **une** seule case) :

Hanche – arthroplastie totale Hanche – hémiarthroplastie

Genou - arthroplastie totale Genou – hémiarthroplastie

Autre (p. ex. unicondylien) : _____

6b. Veuillez sélectionner le nombre d'articulations remplacées au cours de l'intervention :

Une Deux Inconnu

7. Date de l'intervention ____/____/____
(jj-mmm-aaaa)

8. Date de la détection de l'infection ____/____/____
(jj-mmm-aaaa)

9. Le patient répond-il aux critères définis pour l'une des infections du site opératoire suivantes (veuillez ne cocher qu'**une** seule case) :

Infection du site opératoire PROFONDES associée à une incision

Infection du site opératoire associée à un ORGANE/à un ESPACE

10. Date d'hospitalisation ____/____/____
(jj-mmm-aaaa)

11. Date du congé ____/____/____ (jj-mmm-aaaa)	
12a. Nouvelle hospitalisation aux fins de gestion d'une infection du site opératoire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12b. Si oui, date de la nouvelle hospitalisation ____/____/____ (jj-mmm-aaaa)	
12c. Si oui, date du congé (de la nouvelle hospitalisation) ____/____/____ (jj-mmm-aaaa)	
13a. Intervention de révision <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
13b. Si oui, date de la 1 ^{ère} intervention de révision ____/____/____ (jj-mmm-aaaa)	
13c. Si oui, date de la 2 ^e intervention de révision ____/____/____ (jj-mmm-aaaa)	
14. Quel a été le résultat 30 jours après le diagnostic de l'infection du site opératoire?	
<input type="checkbox"/> Si le patient a quitté l'hôpital ou a été transféré en vie Indiquez la date de son congé ou de son transfert : ____/____/____ (jj-mmm-aaaa)	
<input type="checkbox"/> Le patient est en vie et toujours hospitalisé	
<input type="checkbox"/> Si le patient est décédé, indiquez la date du décès : ____/____/____ (jj-mmm-aaaa)	
<input type="checkbox"/> Inconnu	
15. Le patient a-t-il suivi un traitement prophylactique antibiotique?	Prescrit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Données indisponibles Administré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Données indisponibles

16. Veuillez indiquer la sensibilité ET la résistance des organismes à n'importe lequel des agents antimicrobiens/antifongiques suivants : (R pour résistant, S pour sensible, I pour intermédiaire) :

Genre et espèce de l'organisme :	Organism n° 1 :	Organisme n° 2 :	Organisme n° 3 :
Amikacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Amphotéricine B	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ampicilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Amoxicilline-acide clavulanique	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Caspofungine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfazoline (Ancef)	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfalexine (Keflex)	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfépime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfotaxime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfuroxime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Lindamycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Cloxacilline/oxacilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ertapénem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Fluconazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Gentamicine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Imieem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Lévofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Linézolide	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Méropénème	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Micafungine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Moxifloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Pénicilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Pipéracilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Pipéracilline-tazobactam	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Rifampicine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ticarilline-acide clavulanique	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Triméthoprime-sulfaméthoxazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Tobramycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Vancomycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Voriconazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Autre (veuillez préciser) :	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S

Échantillon non prélevé

Organisme non identifié, pas de croissance

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE : ARTHROPLASTIES DE LA HANCHE ET DU GENOU

ANNEXE B – Lexique relatif au formulaire de renseignements sur le patient (annexe A)

1. Numéro d'établissement affilié au CCEH

Il s'agit du code alphanumérique à **trois caractères** attribué à votre établissement. Il commence toujours par les deux (2) chiffres désignant le membre qui vous représente au CCEH (p. ex. 07, 15), suivis de la lettre attribuée par le membre du CCEH pour l'établissement en question (p. ex. A, B, C, etc.). Le numéro de chaque établissement affilié au CCEH doit demeurer le même pour l'ensemble des projets de surveillance du CCEH/PCSIN et doit toujours être constitué des trois (3) caractères uniques à chaque établissement (p. ex. 07A, 15A).

2. Code d'identification unique du patient

Ce code ne doit jamais être composé de plus de huit (8) caractères. Il comprend les trois caractères du numéro de l'établissement affilié au CCEH (p. ex. 09A), les deux caractères désignant l'année de surveillance (p. ex. 18), puis un numéro séquentiel commençant à 001 et incrémenté d'une unité pour chaque cas additionnel. Par exemple, le premier cas d'un établissement se verrait attribuer le code 09A18001. Le trente-cinquième cas serait numéroté 09A18035, et ainsi de suite. Si plus d'une infection du site opératoire est associée à la même chirurgie, ajoutez une lettre minuscule à la fin du numéro d'identification du cas (p. ex. 07A18001a).

Remarque : Veuillez ne pas utiliser de tirets pour séparer les caractères.

3. Date de naissance

Veuillez saisir le jour (chiffres), le mois (mai) et l'année (1947) dans cet ordre. Lorsque ce renseignement n'est pas fourni, inscrire l'âge du patient en années.

4. Sexe

Cochez homme ou femme, selon le cas.

5. Code postal

Les trois premiers chiffres du code postal

6.

a. Type d'intervention :

Veuillez préciser le type d'intervention en cause, à savoir arthroplastie primaire de la hanche, hémiarthroplastie de la hanche (PTH), arthroplastie primaire du genou ou hémiarthroplastie du genou (PTG).

b. Intervention :

Veuillez indiquer le nombre d'articulations remplacées au cours de l'intervention.

7. Date de l'intervention

Veuillez saisir le jour (chiffres), le mois (mai) et l'année (2018) dans cet ordre.

8. Date de la détection de l'infection

Veillez inscrire la date à laquelle l'infection a été détectée, selon le format jour (chiffres), mois (mai) et année (2018). La date de la détection de l'infection peut correspondre à la date de son apparition, à la date de l'obtention d'une culture positive ou à la date du diagnostic.

9. Type d'infection du site opératoire

Veillez ne cocher qu'**un** seul choix parmi les suivants : infection du site opératoire profonde associée à une incision ou infection du site opératoire associée à un organe ou à un espace. Il est à noter que toutes les interventions chirurgicales concernées par le présent projet de surveillance impliquent la pose d'un implant. Les Infections du site opératoire associées à des incisions superficielles ne sont plus à signaler.

Une **infection du site opératoire associée à une incision profonde** doit répondre aux critères suivants :

L'infection survient dans un délai de 90 jours, semble être liée à l'intervention chirurgicale et elle touche les tissus mous profonds (p. ex. fascia et/ou muscle) incisés. De plus, au moins **UN** des éléments suivants est présent :

- a) écoulement purulent provenant de l'incision profonde, mais sans atteinte d'un organe ou d'un espace;
- b) Incision profonde issue d'une déhiscence spontanée ou séparée délibérément par le chirurgien, et résultat positif à la culture ou absence de mise en culture lorsque le patient présente au moins un des signes ou des symptômes suivants : fièvre (> 38 °C), ou douleur ou sensibilité localisée. Les résultats négatifs à la culture ne répondent pas à ce critère.
- c) présence d'un abcès ou de tout autre signe d'infection associé à l'incision profonde observé par examen direct ou lors d'une nouvelle intervention ou d'un examen histopathologique ou radiologique.
- d) diagnostic d'infection du site opératoire associée à une incision profonde posé par le chirurgien ou le médecin traitant.

Une **infection du site opératoire associée à un organe ou à un espace** doit répondre aux critères suivants :

L'infection survient dans un délai de 90 jours, semble liée à l'intervention chirurgicale et elle touche n'importe quelle partie de l'organisme, à l'exclusion de l'incision cutanée, du fascia ou des muscles qui ont été ouverts ou manipulés lors de l'intervention. De plus, au moins **UN** des éléments suivants est présent :

- a) écoulement purulent par un drain placé au moyen d'une incision dans l'organe ou l'espace;
- b) microorganismes isolés à partir d'une culture d'un tissu ou d'un liquide prélevé de manière aseptique et provenant d'un organe ou d'un espace;
- c) présence d'un abcès ou de tout autre signe d'infection associé à un organe ou un espace observé par examen direct ou lors d'une nouvelle intervention ou d'un examen histopathologique ou radiologique.
- d) diagnostic d'infection du site opératoire associée à un organe ou à un espace posé par le chirurgien ou le médecin traitant.

10. Date d'hospitalisation

Veillez indiquer la date à laquelle le patient a été admis à l'hôpital.

11. Date de congé de l'hôpital

Veillez indiquer la date à laquelle le patient a reçu son congé de l'hôpital.

12.

a. Nouvelle hospitalisation aux fins de gestion d'une infection du site opératoire

Veillez indiquer si le patient a été hospitalisé à nouveau pour une infection du site opératoire.

b. Date de la nouvelle hospitalisation

Si le patient a été hospitalisé à nouveau, indiquez la date de la nouvelle hospitalisation.

c. Date du congé (pour la nouvelle hospitalisation)

Si le patient a été hospitalisé à nouveau, indiquez la date du congé pour cette hospitalisation.

13.

a. Intervention de révision

Si le patient a subi une intervention de révision, veuillez le préciser.

b. Date(s) de la ou des intervention(s) de révision

Si le patient a subi une intervention de révision, indiquez à quelle date. S'il a subi plus d'une intervention de révision, veuillez indiquer la date de chaque procédure.

14. État du patient 30 jours après la date de culture positive

Veillez indiquer le résultat pour le patient 30 jours après le diagnostic de l'infection du site opératoire.

15. Le patient a-t-il suivi un traitement prophylactique antibiotique?

Veillez indiquer si le patient a reçu un traitement prophylactique antibiotique (prescrit et administré) avant l'intervention.

16. Résultats des antibiogrammes

Veillez indiquer le type de l'organisme ou des organismes ET leur sensibilité/résistance aux antibiotiques testés. (S = sensible, I = intermédiaire ou R = résistant)

Veillez dresser une liste de tous les microorganismes identifiés en vous fondant sur les résultats obtenus par le laboratoire pour la présente infection. Si aucun échantillon n'a été prélevé, veuillez cocher la case « Pas de prélèvement ». Si un échantillon a été prélevé mais qu'aucun organisme n'a été identifié, veuillez cocher la case « Organisme non identifié, pas de croissance ». Si l'organisme identifié est le *Staphylococcus aureus*, veuillez préciser s'il s'agit de SARM ou SASM. De même, si l'organisme identifié est l'Enterococcus, veuillez préciser s'il s'agit d'un ERV ou non.

Annexe C – FORMULAIRE D’INFORMATION SUR LE DÉNOMINATEUR, CHIRURGIES DE LA HANCHE ET DU GENOU

No de l’établissement affilié au CCEH : _____

Période de surveillance (p. ex. du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019) : _____

Veuillez préciser le nombre total d’interventions pour la période de surveillance indiquée ci-dessus.

	Arthroplasties de la hanche		
	Total	Hémiarthroplasties	Autre
Nombre total d’interventions			

	Arthroplasties du genou		
	Total	Hémiarthroplasties	Autre
Nombre total d’interventions			

Veuillez saisir/télécharger les données pour les transmettre au RCRSP : www.cnphi-rcrsp.ca

**PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE
: ARTHROPLASTIES DE LA HANCHE ET DU GENOU**

ANNEXE D – Instructions relatives au formulaire d’information sur le dénominateur (annexe C)

Numéro d’établissement affilié au CCEH

Il s’agit du code alphanumérique à trois caractères attribué à votre établissement. Il commence toujours par les deux (2) chiffres désignant le membre qui vous représente au CCEH (p. ex. 07, 15), suivis de la lettre attribuée par le membre du CCEH pour l’établissement en question (p. ex. A, B, C, etc.). Le numéro de chaque établissement affilié au CCEH doit demeurer le même pour l’ensemble des projets de surveillance du CCEH/PCSIN et doit toujours être constitué des trois (3) caractères uniques à chaque établissement (p. ex. 07A, 15A).

Veillez saisir/télécharger les données pour les transmettre au RCRSP : www.cnphi-rcrsp.ca

HISTORIQUE DE RÉVISION

20 janvier 2015 – Mise à jour de la période de surveillance de 12 mois à 90 jours. Seules les infections contractées dans les 90 jours suivant l'intervention doivent être signalées.

3 décembre 2015 – La question 11 liée aux agents pathogènes identifiés a été supprimée, car cela sera pris en compte dans la nouvelle question 12 relative aux résultats des antibiogrammes selon l'agent pathogène. La question 12b sur le type, la dose et l'heure d'administration des antibiotiques prophylactiques a été supprimée.

14 octobre 2017 – Mise à jour du protocole pour prendre en compte les rapports trimestriels sur les infections et les données servant de dénominateur sur le RCRSP.

30 octobre 2017 – Les mises à jour suivantes ont été apportées au protocole 2018 :

- La stratification des risques a été supprimée (score ASA, heures de début et de fin de l'intervention).
- Interruption de la surveillance des infections superficielles.
- Ajout des résultats cliniques suivants : durée de l'hospitalisation (dates d'hospitalisation et de congé), nouvelle hospitalisation, interventions de révision et résultat après 30 jours.
- Suppression d'une question relative à l'administration répétée de doses peropératoires d'antibiotiques dans le cadre d'interventions dont la durée est ≥ 4 heures (Q14b).
- Ajout du choix « Autre » dans la catégorie « Type d'intervention ».

7 février 2019

- Lorsque vous entrez des données dans le RCRSP, veuillez-vous assurer que le cas est entré dans la bonne année de surveillance en fonction de la date de l'intervention et NON de la date à laquelle l'infection a été identifiée (p. ex. intervention du 20 décembre 2018 ; infection identifiée le 17 janvier 2019 - cas en 2018).
-
- Pour tout trimestre où il n'y a pas de cas à rapporter pour votre site, un rapport à zéro doit être créé dans le module ISO de la hanche ou du genou dans le RCRSP afin de différencier les trimestres où il n'y a pas de cas à rapporter et les données manquantes.
- 3. Âge _____(années)
- 5. Code postal (3 premiers chiffres) _____