



Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

Surveillance des infections du site opératoire (ISO) des voies de dérivation du liquide
céphalorachidien (LCR)

Protocole de surveillance

Coordonnées

Veillez adresser toutes vos questions à:

Agence de la santé publique du Canada

Surveillance du PCSIN

Courriel: phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca

Groupe de travail

Kelly Choi* (Responsable de l'épidémiologie), Blanda Chow, Jeannette Comeau, John Conly, Joanne Embree, Kevin Katz, Joanne Langley (Représentante primaire du groupe), Bonita Lee, Marie-Astrid Lefebvre, Allyson Shephard

* Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Table des matières

OBJECTIFS	3
MÉTHODES	3
ADMISSIBILITÉ DES SITES	3
POPULATION DE PATIENTS.....	3
<i>Critères d'inclusion des patients</i> :.....	3
<i>Critères d'exclusion des patients</i> :.....	3
PÉRIODE DE SURVEILLANCE	3
NUMÉRATEURS	3
<i>Définition de cas des infections du site opératoire associées au dérivation du LCR</i>	3
<i>Définition du cas de réinfection</i>	4
DÉNOMINATEURS.....	4
SOUMISSION DE DONNÉES/RAPPORT À ZÉRO	4
<i>Cas</i>	5
<i>Rapport à zéro</i>	5
<i>Dénominateurs</i>	5
ÉTHIQUES	6
PROTECTION DES DONNÉES	6
ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT – VOIES DE DÉRIVATION DU LCR	7
ANNEXE 2 –LEXIQUE RELATIF AU QUESTIONNAIRE DES RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	9
ANNEXE 3 – FORMULAIRE D’INFORMATION SUR LE DÉNOMINATEUR ET LE RAPPORT À ZERO– VOIES DE DÉRIVATION DU LCR	11
ANNEXE 4 – DOSSIER DU PCSIN SUR LES INFECTIONS DES DISPOSITIFS DE DÉRIVATION DU LCR	12
ANNEXE 5 – ACCÈS AUX FORMULAIRES VIA DONNÉES WEB SUR LE RCRSP	13
HISTORIQUE DE RÉVISION	14

OBJECTIFS

L'objectif de cette initiative du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) est d'effectuer une surveillance continue des infections du site opératoire (ISO) associées aux voies de dérivation du liquide céphalorachidien (LCR) dans le réseau hospitalier du PCSIN et de fournir des taux nationaux de référence que les hôpitaux peuvent utiliser aux fins de comparaison aux niveaux interne et externe. Plus précisément, cette initiative du PCSIN vise à

1. Déterminer l'incidence des ISO de dérivation du LCR chez les patients de tous âges admis dans les hôpitaux canadiens participant au PCSIN.
2. Décrire la microbiologie et l'épidémiologie des ISO de dérivation du LCR chez tous les patients :
 - a. Ayant un nouveau dispositif de dérivation **OU**
 - b. Chez qui un dispositif interne de dérivation existant a été révisé

MÉTHODES

Admissibilité des sites

1. Capable d'effectuer une surveillance à l'année longue pour les ISO des voies de dérivation du LCR
2. Capable de fournir le nombre de placements chirurgicaux et de révisions de dérivations

Population de patients

Critères d'inclusion des patients :

Personne de tout âge admise dans un hôpital du PCSIN qui subit la mise en place ou la révision d'un appareil de dérivation du LCR **ET** a une infection qui survient dans les **90 jours** (3 mois) suivant la chirurgie

Patients adultes : Âgés de 18 ans et plus

Patients pédiatriques : Âgés de moins de 18 ans

Critères d'exclusion des patients :

- Patients porteurs d'un dispositif de dérivation par voie transcutanée, d'un dispositif de dérivation externe ou d'un dispositif autre qu'un dispositif de dérivation (p. ex. un réservoir d'Ommaya).
- Patients dont la culture (bactérienne ou fongique) du LCR était positive au moment de la mise en place des voies de dérivation.
- Cas d'infection dans lesquels le dispositif associé à l'organisme positif n'a pas été mis en place dans l'hôpital dans lequel l'infection a été diagnostiquée, c.-à-d. des cas dans lesquels l'hôpital n'a pas à signaler l'infection.

Période de surveillance

Les infections qui se développent dans les **90 jours** (3 mois) mois suivant l'intervention de shunt seront incluses et déclarées rétrospectivement en fonction de la date d'infection.



L'année de surveillance de cas d'ISO de voies de dérivation du LCR déterminée par la date d'intervention et NON par la date de l'infection.

Numérateurs

Définition de cas des infections du site opératoire associées au dérivation du LCR

On définit une infection des voies de dérivation du LCR comme :

Critère 1: Un dispositif interne de dérivation du LCR est en place

ET

Critère 2: un agent bactérien ou fongique est décelé dans le liquide céphalorachidien

ET

Critère 3: A **UNE** des manifestations suivantes :

1. fièvre (température ≥ 38 °C);

OU

2. signes ou symptômes neurologiques,

OU

3. signes ou symptômes abdominaux,

OU

4. signes ou symptômes d'une défaillance ou d'une obstruction du dispositif de dérivation.

Définition du cas de réinfection

La réinfection se définit comme un épisode infectieux survenant après un diagnostic d'infection des voies de dérivation du LCR et/ou la réalisation d'une antibiothérapie avec un isolat bactérien ou fongique obtenu à partir du LCR *différent* de celui lié à l'infection précédente. Une réinfection pourrait être comptée comme une nouvelle infection du LCR acquise en milieu de soins de santé.



*La rechute d'une infection de voies de dérivation est un épisode infectieux survenant dans le mois suivant la fin du traitement avec un isolat du même genre. Cet événement n'est **PAS** admissible à être compté comme une nouvelle ISO de voies de dérivation du LCR.*

Dénominateurs

Le dénominateur pour le taux d'infection de dérivations du LCR est le nombre d'interventions chirurgicales effectuées sur le site.

Chaque établissement participant devra soumettre les informations suivantes (annexe C) :

- le nombre d'interventions de mise en place de nouveaux dispositifs de dérivation du LCR pour les patients âgés de moins de 18 ans et les patients âgés de 18 ans et plus;
- le nombre de révisions de dispositifs de dérivation du LCR existants pour les patients âgés de moins de 18 ans et les patients âgés de 18 ans et plus.

Soumission de données/Rapport à zéro

Quels sont les formulaires à remplir ? Chaque fois qu'une infection est identifiée, il faut remplir un Questionnaire du patient pour le shunt (voir

ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT – VOIES DE DÉRIVATION DU LCR). Chaque année où une hôpital a saisi des données sur le shunt de la LCR, remplissez

ANNEXE 3 – FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LE DÉNOMINATEUR ET LE RAPPORT À ZÉRO– voies de dérivation du LCR. Pour savoir comment trouver le formulaire du dénominateur des shunts de la LCS dans le Centre de collaboration du RCSR, voir (ANNEXE 5 – ACCÈS AUX FORMULAIRES VIA DONNÉES WEB SUR LE RCSR).

Où soumettre les données ? Veuillez remplir le Questionnaire du patient pour les shunts et le formulaire de données sur le dénominateur et rapport à zéro sur le réseau canadien d'information sur la santé publique (RCISP) (Collaboration > Données Web > Questionnaire du patient **et** formulaire de données sur le dénominateur et le rapport à zéro).

Quand faut-il soumettre les données ? Veuillez voir le calendrier de soumission des données de voies de dérivation du LCR au PCSIN ci-dessous.

Cas

Comment les patients sont-ils identifiés? Les patients présentant une ISO de shunt du LCR seront identifiés par l'examen des organismes positifs du LCR provenant du laboratoire de microbiologie. Une fois qu'un organisme positif est identifié, un examen du dossier (dossier de santé) sera effectué pour déterminer si le dispositif associé à cet organisme a été placé à l'hôpital où l'infection a été identifiée et si la chirurgie a eu lieu dans les 90 jours (3 mois) précédents.

Rapport à zéro

Pour tout trimestre où il n'y a pas de cas dans votre site, un rapport de zéro doit être créé dans le module ERV du CNPHI afin de pouvoir différencier les trimestres avec des comptes de zéro des données manquantes. Si aucun cas n'est soumis et qu'il vous manque un rapport zéro pour une année de surveillance, les données de votre hôpital ne seront pas incluses dans l'analyse visuelle.

Dénominateurs

Le nombre de cas de ISO de voies de dérivation de LCR dans votre hôpital est recueilli annuellement en fonction de l'année calendrier.



NOTE: 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 le 20 décembre 2019; infection identifiée le 17 janvier 2020 – il s'agit d'un cas de 2019).

Chirurgies effectuées au cours des trimestres suivants

Calendrier de soumission des données LCR au PCSIN



Numérateur (cas)	Soumettre au plus tard le 30 septembre	Soumettre au plus tard le 31 décembre	Soumettre au plus tard le 31 mars de l'année suivante	Soumettre au plus tard le 30 juin de l'année suivante
Dénominateurs /Rapport à zéro	Soumettre au plus tard le 31 mars de l'année suivante			

Pour toute question ou commentaire, veuillez communiquer avec le PCSIN phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca.

ÉTHIQUES

Bien que le présent projet de surveillance soit fondé sur l'observation et qu'il n'ait aucune influence sur les soins administrés aux patients, une approbation éthique peut être nécessaire pour certains établissements hospitaliers. Comme la surveillance des infections associées aux soins de santé est une composante de base de l'assurance de la qualité et des soins aux patients dans les établissements de soins de santé au Canada, le consentement éclairé n'est pas nécessaire. Le code d'identification unique attribué à chaque patient ne servira qu'à identifier les patients dans l'établissement affilié au CCEH: il n'est pas transmis à l'Agence. Toutes les données transmises à l'Agence sont considérées comme strictement confidentielles.

PROTECTION DES DONNÉES

Il existe actuellement une demande de divulgation publique des infections nosocomiales. Toutes les données publiées par le PCSIN seront présentées sous forme de résumé et n'identifieront pas les hôpitaux individuels. Les administrateurs des hôpitaux doivent être informés que les données globales seront communiquées à l'échelle nationale.

Annexe 1

Annexe 1 – Questionnaire de renseignement sur le patient – Voies de dérivation du LCR

Veillez compléter pour tout cas de LCR et voir le lexique relatif au questionnaire des renseignements sur le patient au besoin pour définitions et notes (voir

ANNEXE 2 – LEXIQUE RELATIF AU QUESTIONNAIRE DES RENSEIGNEMENTS SUR LE patient)

1.	N° de l'établissement affilié au CCEH: _____	
2.	Date de naissance: ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	OU Âge _____ <input type="checkbox"/> Années <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Jours
3.	Code d'identification unique du patient: _____ YY _____ (e.x. 99Z20001) (no° CCEH) (année) (no° de cas)	
4.	Sexe: <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
5.	Agent(s) pathogène(s) isolé(s) depuis le LCR (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent): <input type="checkbox"/> <i>Streptocoque alpha hémolytique</i> <input type="checkbox"/> <i>Espèces de staphylocoque à coagulase négative</i> <input type="checkbox"/> <i>Espèces de corynebacterium</i> <input type="checkbox"/> <i>Espèces d'Enterococcus</i> (*veuillez indiquer ERV/ESV) <input type="checkbox"/> <i>Espèces d'Enterococcus</i> résistant à la vancomycine (ERV) <input type="checkbox"/> <i>Espèces d'Enterococcus</i> sensible à la vancomycine (ESV) <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae de type B</i> <input type="checkbox"/> <i>Espèces de bactéries propioniques</i> <input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méthicilline (veuillez indiquer SARM/SASM) <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méthicilline (SASM) <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser): _____	
6.	a. Méthode d'identification <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Méthode moléculaire *voir 6b.	b. Si méthode moléculaire , veuillez préciser le type: _____
7.	Date de mise en place des voies de dérivation du LCR: ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
8.	Date d'obtention de l'organisme depuis le LCR: ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	

9. Motif de l'intervention (veuillez cocher **une** seule case):
 révision d'un dispositif interne de dérivation du LCR **OU** pose de nouvelles voies de dérivation

10. Type de voie de dérivation du LCR mise en place (veuillez cocher **une** seule case):
 VP (ventriculopéritonéale)
 LP (lombopéritonéale)
 VA (ventriculoatriale)
 Autre (veuillez préciser): _____

11. Veuillez indiquer la nature de l'organisme ou des organismes ET leur éventuelle sensibilité/résistance à n'importe lequel des antimicrobiens/antifongiques ci-dessous: (R: résistant, S: sensible, I: intermédiaire)

Veuillez préciser le type d'organisme:	Organisme 1: _____	Organisme2: _____
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
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
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
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
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
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
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
Céfepime	<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
Céftriaxone	<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
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
Clindamycine	<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
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
Erythromycine	<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
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
Imipénèm	<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
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
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
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
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
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
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
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
Rifampine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ticarcilline-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
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
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
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

Annexe 2

Annexe 2 – Lexique relatif au questionnaire des renseignements sur le patient

Définitions et notes pour aider à compléter le questionnaire de renseignements sur le patient (voir

ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT – VOIES DE DÉRIVATION DU LCR)

1. Numéro d'établissement membre du 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 de plaies chirurgicales est associée à la même chirurgie, ajoutez une lettre minuscule à la fin du numéro d'identification du cas (p. ex. 07A18001a).



Veillez NE PAS utiliser de tirets pour séparer les caractères.

3. Date de naissance

Veillez 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, mois ou jours).

4. Sexe

Cochez homme ou femme, selon le cas.

5. Agent(s) pathogène(s) isolé(s)

Veillez indiquer tous les microorganismes qui ont été isolés du LCR, selon les résultats des analyses de laboratoire. Si vous cochez la case « Autre », veuillez préciser de quel microorganisme il s'agit.

6. Méthodes

- a. **Méthode d'identification:** Veuillez préciser si l'organismes a été identifié par culture ou par méthode moléculaire.
- b. **Méthode moléculaire:** En cas d'identification par méthode moléculaire, veuillez préciser la méthode employée (p. ex. réaction de polymérisation)

7. Date of de mise en place des voies de dérivation du LCR

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

8. Date d'obtention de l'organisme positif depuis le LCR

Veillez saisir la date d'obtention de l'organisme positif depuis le LCR dans le format et l'ordre suivants: jour (chiffres), mois (mai) et année (2018).

9. Type de chirurgie de dérivation

Veillez indiquer si l'intervention visait la révision d'un dispositif interne de dérivation du LCR existant ou la pose d'un nouveau dispositif de dérivation du LCR. Si un dispositif interne de dérivation du LCR existant est entièrement retiré et qu'un nouveau dispositif est mis en place au cours d'une même intervention, veuillez cocher la case « pose de nouvelles voies de dérivation ». Veuillez ne cocher qu'UNE seule case.

10. Type de dérivation du LCR inséré

Veillez indiquer le type de dérivation du LCR (p. ex. ventriculopéritonéale, ventriculoatriale, lombopéritonéale ou autre). Si vous cochez la case « Autre », veuillez préciser de quel type de dérivation il s'agit.

11. 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).

Annexe 3 – Formulaire d’information sur le dénominateur et le rapport à zero-voies de dérivation du LCR

Veillez soumettre les données des Dénominateurs sur le formulaire via Donnés Web sur le RCRSP (Centre de collaboration > Donnés Web) au plus tard le 31 mars de l’année suivante.

1. Numéro de l’établissement affilié au CCEH: _____
2. Période de surveillance: **Du 1^{er} janvier au 31 décembre:** _____
(Année de surveillance)
3. Veillez indiquer le nombre d’implantations chirurgicales pour l’année de la période de surveillance:

	Patients âgés de moins de 18 ans	Patients âgés de 18 ans <u>ou plus</u>	Total
Nombre d’interventions de mise en place d’un <u>nouveau</u> dispositif de dérivation du LCR			
Nombre d’interventions de <u>révision</u> d’un dispositif de dérivation du LCR existant			
Total			

4. Le nombre de cas signalés dans votre établissement en 2018 était-il nul (0)?
 Oui **Non**

Annexe 4

Annexe 4 – Dossier du PCSIN sur les infections des dispositifs de dérivation du LCR

Remarque: Il s'agit d'une ressource/d'un outil permettant d'aider les établissements dans la tenue de leurs dossiers. L'utilisation du tableau n'est pas obligatoire. N'hésitez pas à apporter les modifications nécessaires. Veuillez ne **PAS** l'envoyer au PCSIN.

<u>Code d'identification unique du patient</u>	<u>Sexe (H/F)</u>	<u>Date de naissance (JJ-MM-AAAA)</u>	<u>Date de la procédure (JJ-MM-AAAA)</u>	<u>Date d'obtention de l'organisme positif (JJ-MM-AAAA)</u>	<u>Date d'envoi du questionnaire du patient au PCSIN</u>	<u>Initiales de la personne établissant le rapport</u>
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					
.....YY..... <u>N° CCEH N° du cas</u>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme					

Annexe 5 – Accès aux formulaires via Données Web sur le RCRSP

Government of Canada / Gouvernement du Canada

Canada

Réseau canadien de renseignements sur la santé publique

Accueil | Connaissance | Surveillance | Collaboration | Programme C | Infections

Joelle Cayen

Sous Collaboration, sélectionnez Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales

Console de l'administrateur

Gestionnaire de documents

paramètres de l'utilisateur

Babillard

Notification du groupe

Babillard de discussion

Anglais: Calend

Données Web

Ping

Gestionnaire de documents

- Options de l'arborescence
- Légende
- Recherche

Actualiser les fichiers

Racine

- Anglais: CNISP Annual Meetings
- Anglais: How to use Documents Manager
- Anglais: CNISP Working Groups
- Anglais: CNISP In-services
- Anglais: CNISP Surveillance Reports
- Anglais: CNISP
- Anglais: CNISP Infographic
- Anglais: Conférences

Racine

Lien de ressource interne: <https://www.cnphi-rcrsp.ca/cir/folder/16264>

Ajouter au presse-papiers

dossiers: 79

classeurs: 76

Dossier | Avis

Sélectionnez Données Web (Les questionnaires des patients et les formulaires de dénominateur se trouvent ici)

Console de l'administrateur

Gestionnaire de documents

Babillard

Notification du groupe

Babillard de discussion

Anglais: Calendar

Données Web

Ping

Données Web

Créer un nouveau formulaire/sondage

Formulaires

Aller aux sondages

Questionnaire dénominateur - ISO Cardiaques chez les pa

Visualiser les enregistrements

Fonctions supplémentaires

Questionnaire du patient - C. auris

Visualiser les enregistrements 3

Gestionnaire de formulaire

Fonctions supplémentaires

Questionnaire du patient - ISO cardiaques chez les patients pédiatriques

Visualiser les enregistrements 22

Gestionnaire de formulaire

Trouver le questionnaire patient ou le formulaire de dénominateur que vous recherchez

Fonctions supplémentaires

Ajouter un enregistrement

Historique de révision

Date	Révisions
Novembre 2017	<ul style="list-style-type: none">• Ajout d'une question relative à la méthode d'identification (p. ex. culture ou méthode moléculaire)• Possibilité d'indiquer qu'aucun cas n'a été signalé sur le formulaire d'information sur le dénominateur• Insertion d'un outil permettant d'aider les établissements dans la tenue de leurs dossiers (annexe 4)
Décembre 2017	<ul style="list-style-type: none">• Suppression de l'année de surveillance, car le protocole ne sera plus mis à jour annuellement
Décembre 2017	<ul style="list-style-type: none">• La période de suivi de la chirurgie modifiée de 1 an à 3 mois• Mise en forme actualisée• Ajout de l'annexe 5 (Directives pour accéder aux formulaires via Données Web sur le RCRSP)