

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales

Surveillance des infections du site opératoire (ISO) après une arthroplastie de la hanche ou du genou

Coordonnées

Veuillez adresser toutes vos questions à :

Agence de la santé publique du Canada

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

Courrier électronique : phac.cnisp-pcsin.aspc@canada.ca

Groupe de travail

Ian Davis, Johan Delpont, Jennifer Ellison, Tara Ferguson, Jennifer Happet†, Lynn Johnston, Kevin Katz, Dominik Mertz (président), Robyn Mitchell*, Anada Silva* et Stephanie Smith

† Prévention et contrôle des infections Canada (PCI)

* Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Table des matières

OBJECTIFS	3
MÉTHODES	3
ÉLIGIBILITÉ.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
PÉRIODE DE SURVEILLANCE.....	3
NUMÉRATEURS	3
DÉNOMINATEURS.....	3
SOUMISSION DES DONNÉES.....	3
<i>Cas</i>	3
<i>Rapport Zéro</i>	4
<i>Dénominateurs</i>	4
ÉTHIQUE	4
CONFIDENTIALITÉ	5
ANNEXE 1 - CALENDRIER DE SURVEILLANCE	6
ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'ISO DE LA HANCHE ET DU GENOU	7
ANNEXE 3 - DICTIONNAIRE DE DONNÉES	10
ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE DÉNOMINATEUR DES HANCHES ET DES GENOUX	13
ANNEXE 5 - INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DÉNOMINATEUR	14
ANNEXE 6 - TÉLÉCHARGEUR DE DONNÉES SUR LE RCRSP	15
HISTORIQUE DES RÉVISIONS	15

OBJECTIFS

1. Déterminer l'incidence des ISO complexes de la hanche et du genou chez les patients dont les interventions ont été réalisées dans les hôpitaux participant au PCSIN
2. Décrire la microbiologie et l'épidémiologie des ISO complexes de la hanche et du genou
3. Décrire les résultats associés aux ISO complexes de la hanche et du genou
4. Fournir des données sur la résistance aux antimicrobiens

MÉTHODES

Admissibilité des sites

Tous les hôpitaux qui font partie du réseau du PCSIN et qui pratiquent des arthroplasties de la hanche ou du genou peuvent y participer.

Les critères d'inclusion suivants s'appliquent :

- Les arthroplasties primaires totales, les hémiarthroplasties primaires, et autres (p. ex. unicondylien) seront comprises dans la surveillance
- Seules les procédures propres seront incluses
- Patients hospitalisés et patients subissant une intervention chirurgicale de jour

Les critères d'exclusion suivants s'appliquent :

- Révisions et resurfaçages
- Les opérations au cours desquelles le patient est décédé en salle d'opération ou dans les 24 heures suivant l'opération
- Chirurgies où l'incision cutanée n'est pas entièrement fermée à la fin de la procédure

Période de surveillance

Les infections qui se développent dans les 90 jours (3 mois) suivant la procédure seront incluses et signalées rétrospectivement en fonction de la **date de la procédure**.

Numérateurs

La principale mesure de résultat est une ISO complexe associée aux soins de santé à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Veuillez remplir un questionnaire du patient (ANNEXE 2 - Questionnaire pour LES PATIENTS AVEC UN ISO DE LA HANCHE OU DU GENOU) lorsqu'une infection est identifiée. Les définitions utilisées pour classer les ISO en tant qu'incision profonde ou espace d'organe se trouvent dans (ANNEXE 3 - DICTIONNAIRE DE DONNÉES).

Dénominateurs

Chaque hôpital participant soumettra le nombre de procédures pour les arthroplasties totales et hémi de la hanche et les arthroplasties totales, hémi et autres du genou. Les procédures de révision doivent être exclues du dénominateur. Veuillez remplir un formulaire de dénominateur trimestriel (ANNEXE 4 – FORMULAIRE DU DÉNOMINATEUR POUR LES ISO DE LA HANCHE ET DU GENOU).

Soumission des données

Cas

Toutes les données relatives aux patients doivent être saisies/téléchargées en ligne par l'intermédiaire du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP) à l'adresse www.cnphi-rcrsp.ca. Les instructions relatives au téléchargement de données sur le RCRSP se trouvent à l'ANNEXE 6 - TÉLÉCHARGEUR DE DONNÉES SUR LE . Pour toute assistance technique, questions ou commentaires, veuillez contacter le PCSIN à l'adresse phac.cnisp-pcsins.aspc@canada.ca.

Lorsque vous saisissez des données sur le RCRSP, veuillez-vous assurer que le cas est saisi dans la bonne année de surveillance en fonction de la date de la procédure et NON de la date à laquelle l'infection a été identifiée (par exemple, procédure 20 décembre 2019 ; infection identifiée 17 janvier 2020 - il s'agit d'un cas de 2019).

Calendrier de soumission des données du PCSIN ISO

Date de
chirurgie dans
les trimestres
suivant



Numérateur (cas)				
Rapport à zéro (si aucun cas)	Données à fournir avant le 30 septembre	Données à fournir avant le 31 décembre	Données à fournir avant le 31 mars de l'année de surveillance suivante	Données à fournir avant le 30 juin de l'année de surveillance suivante
Dénominateur				

Rapport à Zéro

Pour tout trimestre sans cas, un rapport à zéro doit être soumis dans le module ISO de la hanche ou du genou du RCRSP afin que les trimestres avec des comptes zéro puissent être différenciés des données manquantes. Si aucun cas n'est soumis et qu'il vous manque des rapports à zéro pour une année de surveillance, les données de votre hôpital ne seront pas incluses dans les taux.

Nouveau rapport à zéro

Un rapport Zéro est requis pour chaque trimestre

Sections obligatoires sont signalées par un astérisque (*)

Numéro du site*

Année*

2020

Trimestre*

Q1 Q2 Q3 Q4

Soumettre

Annuler

Dénominateurs

Les dénominateurs doivent être soumis trimestriellement sur le RCRSP sous la rubrique "Profils et dénominateurs".

ÉTHIQUE

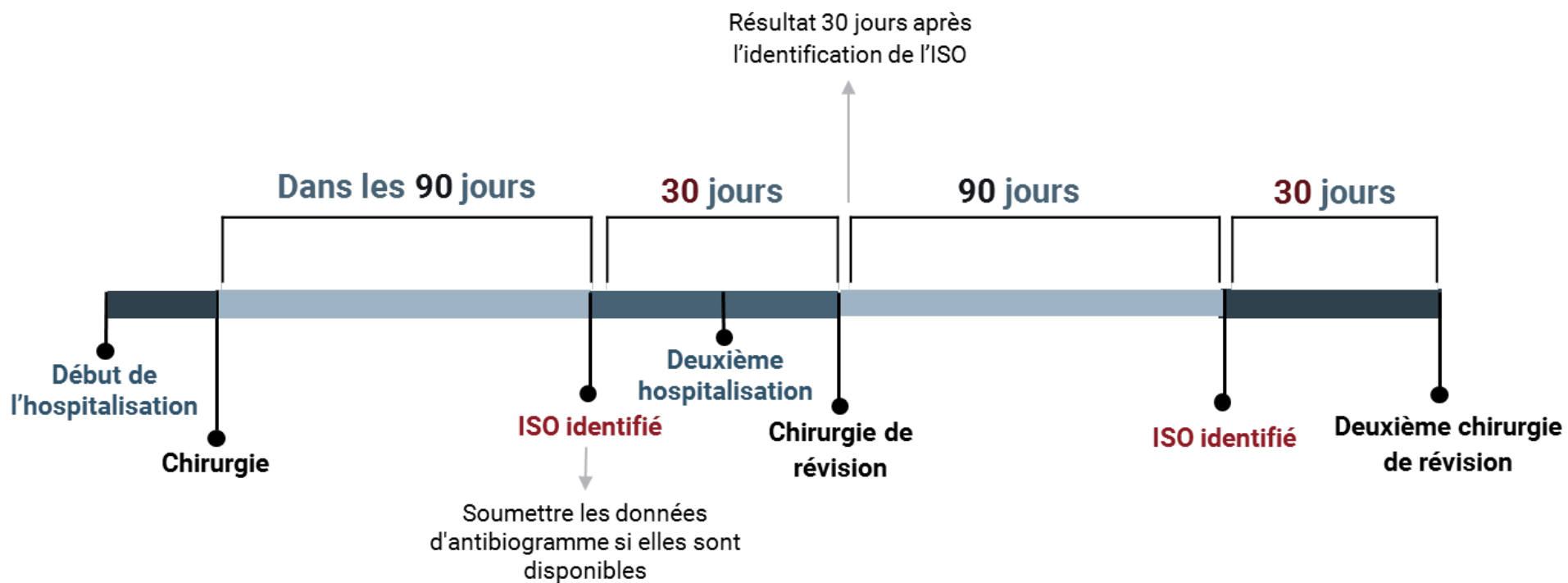
Ce projet de surveillance est basé sur l'observation et n'implique aucune altération des soins aux patients. La surveillance des infections associées aux soins de santé est un élément de routine de l'assurance qualité et des soins aux patients dans les établissements de santé canadiens et, par conséquent, le consentement éclairé ne sera pas nécessaire. Toutes les données soumises à l'Agence de la santé publique du Canada sont strictement confidentielles. Chaque questionnaire sera identifié par un numéro unique et aucun identificateur personnel ne sera transmis à l'Agence de la

santé publique du Canada. Ce numéro unique sera lié au nom du patient ou au numéro de l'hôpital uniquement sur le site local du CCEH et sera gardé strictement confidentiel dans des conditions sécurisées.

CONFIDENTIALITÉ

Il existe actuellement une demande de divulgation publique des infections associées aux soins de santé. 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 agrégées feront l'objet d'une déclaration nationale.

ISO HG Protocole : Chronologie



Annexe 2 - Questionnaire pour les patients avec un ISO de la hanche ou du genou

1.	Site CCEH : _____	
2.	Identification unique du patient : _____ AA _____ (par exemple 99Z20001) (numéro du site CCEH) (année) (numéro de dossier)	
3.	Âge en années : _____ ans	
4.	Le sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
5.	<p>a. Procédure (veuillez sélectionner l'une des options suivantes) :</p> <p><input type="checkbox"/> Hanche - arthroplastie totale</p> <p><input type="checkbox"/> Hanche - hémi arthroplastie</p> <p><input type="checkbox"/> Genou - arthroplastie totale</p> <p><input type="checkbox"/> Genou - hémi arthroplastie</p> <p><input type="checkbox"/> Genou - Autre (par exemple, unicondylar) : _____</p>	<p>b. Veuillez sélectionner le nombre d'articulations remplacés au cours de la procédure :</p> <p><input type="checkbox"/> Un</p> <p><input type="checkbox"/> Deux</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>
6.	Date d'hospitalisation : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
7.	Chirurgie de jour : <input type="checkbox"/> Oui <i>*Si oui, veuillez indiquer la <u>même date</u> pour la date d'hospitalisation, la procédure et le congé</i> <input type="checkbox"/> Non	
8.	Date de la procédure : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
9.	Date du congé : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
10.	Date à laquelle l'infection a été identifiée : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA	
11.	Ce patient a-t-il ou répond-il aux critères de (veuillez cocher UNE des cases suivantes) : <input type="checkbox"/> ISO incisionnelle PROFONDE <input type="checkbox"/> ISO ORGANE/ESPACE	
12.	<p>a. Est-ce qu'un antibiotique pour le traitement prophylactique a été demandé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>b. Si OUI, l'antibiotique a-t-il été administré ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Données non disponibles</p>

	<input type="checkbox"/> Données non disponibles	
13.	<p>Quel a été le résultat 30 jours après l'identification de l'ISO ?</p> <p><input type="checkbox"/> Patient encore vivant et a sorti ou a été transféré, veuillez préciser la date : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA</p> <p><input type="checkbox"/> Patient toujours vivant et hospitalisé</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient est décédé, veuillez préciser la date : ____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	
14.	<p>a. Nouvelle hospitalisation aux fins de gestion d'une ISO dans les 30 jours suivant son identification?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non *Si non ou inconnu, passez à la question 19</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>b. Si OUI, date d'hospitalisation :</p> <p>____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA</p>
15.	<p>a. Le patient a-t-il subi une chirurgie de révision dans les 30 jours suivant l'identification de l'ISO ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non - *Si non ou inconnu, passez à la question 18</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>b. Si OUI, date de la chirurgie de révision n°1 :</p> <p>____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA</p>
16.	<p>Un ISO a-t-il été identifié dans les 90 jours suivant la chirurgie de révision ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non - *Si non ou inconnu, passez à la question 18</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	
17.	<p>a. Le patient a-t-il eu une seconde intervention chirurgicale de révision ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>b. Si OUI, date de la chirurgie de révision n°2 :</p> <p>____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA</p>
18.	<p>Date de sortie (de la réadmission)</p> <p>____ / ____ / ____ JJ MMM AAAA</p>	
19.	<p>Veuillez indiquer le ou les organismes ET leur sensibilité/résistance aux antimicrobiens/antifongiques suivants (R pour résistant, S pour sensible, I pour intermédiaire) :</p>	

Veuillez préciser l'organisme :	Organisme 1 : _____	Organisme 2 : _____
Amikacin	<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
Acide amoxicilline-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
Caspofungin	<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
Céphalexine (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
Cefepime	<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
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
Cefuroxime	<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
Ertapenem	<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
Imipenem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Levofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Linezolid	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Meropenem	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Micafungin	<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
Piperacilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Piperacillin-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
Rifampin	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Acide ticarcilline-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
Trimethoprim-sulfamethoxazole	<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
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
Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S

Spécimen non recueilli

Organisme non identifié, pas de croissance

Annexe 3 - Dictionnaire de données

1. Site 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

Les 8 caractères doivent être composés du numéro de site CCEH à 3 caractères (par exemple 09A), de l'année de surveillance (par exemple 20) et d'un numéro consécutif commençant à 001 et continuant avec chaque cas supplémentaire. Un exemple du premier cas dans un hôpital serait 09A20001. Un exemple du trente-cinquième cas serait 09A20035, et ainsi de suite.

3. Âge (années)

Veillez indiquer l'âge du patient en années.

4. Sexe

Cochez homme ou femme

5. Procédure

- a. **Type de procédure** : Veuillez indiquer si l'intervention est une arthroplastie primaire ou héli de la hanche ou une arthroplastie primaire, héli ou autre du genou.
- b. **Nombre d'articulations** : Veuillez indiquer le nombre d'articulations remplacés au cours de la procédure.

6. Date d'hospitalisation

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

7. Chirurgie de jour

Définie comme le patient a été admis et libéré le même jour que la procédure. Si oui, veuillez indiquer la même date pour la date d'admission, la procédure et le congé.

8. Date de la procédure

Veillez indiquer la date de la procédure.

9. Date du congé

Veillez indiquer la date de sortie de l'hôpital du patient.

10. Date à laquelle l'infection a été identifiée

Veillez indiquer la date à laquelle l'infection a été identifiée. La date à laquelle l'infection a été identifiée peut être définie comme la date de début de l'infection, la date de la culture positive ou la date du diagnostic.

11. Catégorie d'ISO

Veillez sélectionner **UN** des types d'infection suivants : *ISO par incision profonde* ou *ISO par organe/espace*.
Veillez noter que toutes les procédures incluses dans ces projets de surveillance impliquent un implant. Les blessures superficielles par incision ne doivent plus être déclarées.

Un ISO à incision profonde doit répondre aux critères suivant :

L'infection se produit dans les 90 jours suivant la procédure opératoire (où le jour 1 = date de la procédure)

ET

concerne les tissus mous profonds de l'incision (par exemple, les couches du visage et des muscles)

ET

le patient a au moins **UN** des éléments suivants :

- a) drainage purulent provenant de l'incision profonde ;
- b) une incision profonde qui se déshabille spontanément ou qui est délibérément ouverte ou aspirée par le chirurgien, le médecin* ou le médecin désigné

ET

organisme(s) identifié(s) à partir des tissus mous profonds de l'incision par une méthode de culture ou de test microbiologique non fondée sur la culture qui est effectuée à des fins de diagnostic ou de traitement clinique, ou par une méthode de culture ou de test microbiologique non fondée sur la culture qui n'est pas effectuée. Une culture ou un test non fondé sur une culture des tissus mous profonds de l'incision qui donne un résultat négatif ne répond pas à ce critère.

ET

le patient présente au moins un des signes ou symptômes suivants : fièvre (>38°C) ; douleur ou sensibilité localisée ;

- c) un abcès ou tout autre signe d'infection impliquant une incision profonde qui est détecté lors d'un examen anatomique ou histopathologique grossier ou d'un test d'imagerie.

** Chirurgien, médecin spécialiste des maladies infectieuses, médecin urgentiste, autre médecin traitant ou personne désignée par le médecin (infirmier praticien ou assistant du médecin).*

Un SSI d'organe/espace doit répondre au critère suivant :

L'infection se produit dans les 90 jours suivant la procédure opératoire (où le jour 1 = date de la procédure)

ET

concerne toute partie du corps plus profonde que les couches aponévrotiques/musculaires qui est ouverte ou manipulée pendant la procédure opératoire

ET

le patient a au moins **UN** des éléments suivants :

- a) drainage purulent provenant d'un drain qui est placé dans l'organe/espace (par exemple, système de drainage par aspiration fermé, drain ouvert, drain en T, drainage guidé par tomodensitométrie) ;
- b) organisme(s) identifié(s) à partir d'un fluide ou d'un tissu dans l'organe/espace par une méthode d'analyse microbiologique en culture ou non qui est effectuée à des fins de diagnostic ou de traitement clinique ;
- c) un abcès ou tout autre signe d'infection impliquant l'organe/espace qui est détecté lors d'un examen anatomique ou histopathologique macroscopique, ou des preuves de test d'imagerie suggérant une infection.

Adapté des définitions du NHSN 2020 : <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscscurrent.pdf>

12. Prophylaxie antibiotique

- a. **Prophylaxie antibiotique ordonnée** : Veuillez indiquer si une prophylaxie antibiotique a été ordonnée avant l'intervention
- b. **Administration d'une prophylaxie antibiotique** : Veuillez indiquer si une prophylaxie antibiotique a été administrée avant l'intervention

13. Résultat 30 jours après l'identification de l'infection

Veuillez indiquer le résultat du patient à 30 jours après l'identification du premier ISO.

14. Réadmission

- a. **Réadmission pour la prise en charge d'un ISO** : Veuillez indiquer si le patient a été réadmis dans les 30 jours suivant l'identification de l'ISO
- b. **Date de réadmission** : Si le patient a été réadmis, veuillez indiquer la date de réadmission.

15. Révision

- a. **Chirurgie de révision** : Veuillez indiquer si le patient a subi une chirurgie de révision dans les 30 jours suivant l'identification de l'ISO
- b. **Date de la chirurgie de révision** : Si le patient a subi une chirurgie de révision, veuillez indiquer la date de l'intervention.

16. ISO identifié dans les 90 jours suivant la chirurgie de révision

Veuillez indiquer si un ISO profond ou un ISO d'organe/espace a été identifié dans les 90 jours suivant la chirurgie de révision.

17. Deuxième chirurgie de révision

- a. **Deuxième chirurgie de révision** : Veuillez indiquer si le patient a eu besoin d'une seconde intervention chirurgicale de révision.
- b. **Date de la deuxième opération de révision** : Si le patient a subi une chirurgie de révision, veuillez indiquer la date de l'intervention.

18. Date du congé après la réadmission

Si le patient a été réadmis, veuillez indiquer la date de sa sortie.

19. Résultats de l'antibiogramme pour la première infection

Veuillez indiquer le ou les organismes ET leur sensibilité/résistance aux antibiotiques testés. (S = Sensible, I = Intermédiaire ou R = Résistant). Veuillez énumérer tous les micro-organismes identifiés pour la première infection, tels qu'ils ont été signalés par le laboratoire. Si un échantillon n'a pas été prélevé, veuillez préciser "échantillon non prélevé". Si un spécimen a été collecté mais qu'un organisme n'a pas été identifié, veuillez préciser "organisme non identifié, pas de croissance".

Annexe 4 - Formulaire de dénominateur des ISO des hanches et des genoux

Veillez soumettre les données du dénominateur sur le RCRSP : www.cnphi-rcrsp.ca

Site du CCEH : _____

Période de surveillance (par exemple, du 1er janvier au 31 mars) : _____

Veillez indiquer le nombre total de procédures (à l'*exclusion des révisions*) pour la période de surveillance indiquée ci-dessus

	Arthroplasties de la hanche		
	Total	Hemi	Autres
Nombre total des procédures			

	Arthroplasties du genou		
	Total	Hemi	Autres
Nombre total des procédures			

Annexe 5 - Instructions pour remplir le formulaire de dénominateur

Site 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).

Les opérations de révision sont exclues de la surveillance, veuillez donc exclure les procédures de révision du dénominateur.

Veuillez saisir/télécharger les données sur le RCRSP : www.cnphi-rcrsp.ca

RCRSP – TÉLÉVERSER LES DONNÉES

Comment soumettre des données en utilisant le téléchargement sur le RCRSP



Étape 1.

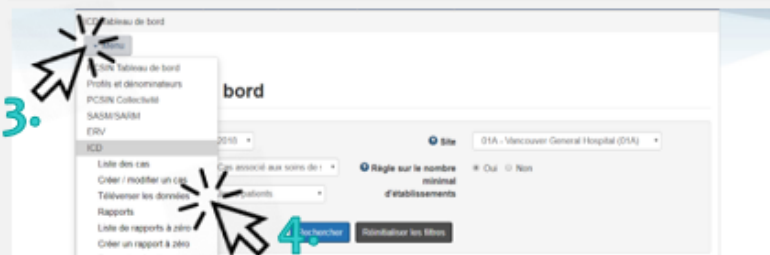
Surveillance

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales



Étape 2.

Choisir une application



Étape 3.

Menu

Étape 4.

Téléverser les données



***Choisir année de surveillance**

*** « Choose file »**

Étape 5.

Téléverser les données epi

Historique des révisions

Date	Révisions effectuées
20 janvier 2015	<ul style="list-style-type: none">• Mise à jour de la période de surveillance, qui passe de 12 mois à 90 jours. Seules les infections qui se développent dans les 90 jours suivant l'intervention doivent être signalées.
3 décembre 2015	<ul style="list-style-type: none">• La question 11 relative au(x) pathogène(s) identifié(s) a été supprimée car elle sera reprise dans la nouvelle question 12 relative aux résultats des antibiogrammes par pathogène.• La question 12b sur le type, la dose et l'heure du ou des antibiotiques prophylactiques a été supprimée.
14 octobre 2017	<ul style="list-style-type: none">• Mise à jour du protocole pour tenir compte de la déclaration trimestrielle des infections et des données du dénominateur dans le CNPHI.
30 octobre 2017	<ul style="list-style-type: none">• Les mises à jour suivantes ont été apportées au protocole pour 2018 :<ul style="list-style-type: none">○ La stratification des risques a été supprimée (score ASA, heure de début et de fin de la procédure).○ Cesser la surveillance des infections superficielles.○ Les résultats cliniques suivants ont été ajoutés : durée du séjour (dates d'admission et de sortie), réadmission, opérations de révision et résultat à 30 jours.○ Suppression de la question sur la répétition de la dose peropératoire d'antibiotiques administrée pour les opérations d'une durée supérieure à 4 heures (Q14b).○ Sous type de procédure, ajout d'une option de réponse "autre".
18 octobre 2018	<ul style="list-style-type: none">• Ajout du code postal (3 premiers chiffres) au questionnaire destiné aux patients.• Suppression des références à l'année civile.
14 novembre 2019	<ul style="list-style-type: none">• Suppression du code postal (3 premiers chiffres) du questionnaire destiné aux patients• Prolongation d'un quart du délai de soumission• Les patients admis ainsi que les patients subissant une intervention chirurgicale le jour même sont inclus• Ajout de la question de savoir si un SSI a été identifié à la suite d'une chirurgie de révision