



**Description de l'événement** (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement, anonymisés)

.Nombre de cas certains ou probables: |\_|\_|\_|\_| Dont décédés : |\_|\_|

.Date de diagnostic du 1<sup>er</sup> cas certain ou probable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

.Secteur(s) d'activité(s) concerné(s)<sup>6</sup> :

Un secteur, lequel : .....

Plusieurs secteurs, lesquels : .....

Inconnu

.Procédure(s) de soin(s) concernée(s) :  Connue(s) laquelle : .....  Inconnu

.Dispositif médical concerné :  Connue, lequel : .....  Inconnu

.Possibilité d'exposition d'autres patients au même risque :

oui.....si oui combien<sup>7</sup> |\_|\_|\_|\_| ..... Si oui, dépistage nécessaire

non  Inconnu

.Si plusieurs établissements sont concernés, lesquels : :.....

.Microorganisme(s) en cause :  Connue(s) le(s)quel(s) : .....  Inconnu

.Profil de résistance (si applicable) : :.....

.Site(s) anatomique(s) de l'infection :  Unique, lequel .....  Multiples, lesquels :.....

**Investigations réalisées à la date du signalement** (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement, anonymisés) :

oui  non  en cours

**Mesures correctives prises à la date du signalement** (joindre si nécessaire les documents établis par l'établissement)

oui  non

**Mesures correctives à long terme à prévoir** :  oui  non  ne sait pas

**Evolutivité de l'épisode** :  maîtrisé  évolutif  inconnu

<p><b>Besoin d'expertise extérieure</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui : <input type="checkbox"/> urgent .qui : .....</p> <p>.pour quel motif (investigation, recommandations) :</p> <p>. type d'expertise pour l'investigation :</p> <p><input type="checkbox"/> A définir <input type="checkbox"/> épidémiologique <input type="checkbox"/> microbiologique <input type="checkbox"/> audit des pratiques <input type="checkbox"/> autres :.....</p> <p>. expertise pour l'élaboration de recommandations : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, précisez : .....</p>
<p><b>Appréciation du praticien en hygiène</b>: <input type="checkbox"/> Cas certain de signalement <input type="checkbox"/> Cas possible de signalement</p> <p>Commentaires : .....</p> <p>Fait à ..... Date : ..... Signature:.....</p>

**A retourner sans délai à la DDASS et au C.CLIN (Adresses, Tél, Fax) :**

(Fiche téléchargée via www.hosmat.fr -  
<sup>6</sup> Un secteur peut être une unité d'hospitalisation ou de consultation, un bloc opératoire, un service logistique  
<sup>7</sup> donner une estimation