



**SURVEILLANCE DE  
STAPHYLOCOCCUS AUREUS  
RESISTANT A LA METHICILLINE (MRSA)  
DANS LES HÔPITAUX AIGUS BELGES**



**FORMULAIRE DE SURVEILLANCE SEMESTRIEL**

**Période du:** ..... **au :** .....

**Hôpital:** .....

**Code-NSIH:** .....

Si vous n'utilisez pas NSIHWEB (module 'on-line') pour rentrer vos données, veuillez renvoyer ce formulaire de surveillance par courrier simple ou par fax à l'attention de:

**JANS Béatrice  
Institut Scientifique de Santé Publique,  
Service d'épidémiologie  
Rue Juliette Wytsman, 14  
1050 – BRUXELLES  
Tél: 02/642.57.36 - Fax: 02/642.54.10**

**NOTE IMPORTANTE**

- Si vous n'avez isolé aucune souche pour une ou plusieurs des rubriques suivantes, il est important de répondre en mettant "0" (zéro) dans la case correspondante.
- Si vous ne savez pas répondre (donnée manquante), laissez la case ouverte.

1- Volet : TAUX DE RESISTANCE

Données minimales requises

Nombre de <u><i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la Methicilline (MRSA)</u>	_____	1A
<b>NOMBRE TOTAL DE <u>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</u> ( MRSA + MSSA)</b>	_____	1B
<p><b>SIGNIFICATION DES CHIFFRES DÉCLARÉS CI-DESSUS</b> (cochez la case correspondant à votre situation)</p> <p>A <input type="checkbox"/> Chaque <u>prélèvement positif</u> est compté (dépistages et doublons* inclus)</p> <p>B <input type="checkbox"/> Chaque <u>prélèvement clinique positif</u> est compté (dépistages exclus, doublons inclus)</p> <p>C <input type="checkbox"/> Chaque <u>site infectieux différent</u> n'est compté qu'une seule fois par épisode d'hospitalisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Chaque <u>patient</u> n'est compté qu'une seule fois/ épisode d'hospitalisation (dépistages et doublons exclus) <b><u>SEULEMENT CES DONNÉES-CI SERONT ANALYSÉES.</u></b></p> <p>E <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) .....</p>		

**NOMBRE TOTAL DE NOUVEAUX PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC UN PREMIER ÉCHANTILLON POSITIF POUR MRSA ENDÉANS LES 48 HEURES APRÈS L'ADMISSION, SANS PORTAGE/INFECTION DE MRSA DANS LES ANTÉCÉDENTS (12 DERNIERS MOIS)**

**ET**

Transfert de- ou séjour récent (durant les 12 derniers mois) seulement dans un <b><u>hôpital aigu ou un hôpital de jour</u></b>	dans des échantillons cliniques	□ □ □ □ □	2A
	dans des échantillons de <b>dépistage uniquement</b>	□ □ □ □ □	2B
Transfert de- ou séjour récent (durant les 12 derniers mois) dans une <b><u>maison de repos</u></b> ou dans une <b><u>maison de repos et de soins</u></b> uniquement	dans des échantillons cliniques	□ □ □ □ □	2C
	dans des échantillons de <b>dépistage uniquement</b>	□ □ □ □ □	2D
Transfert de- ou séjour récent (durant les 12 derniers mois) dans un <b><u>hôpital aigu ou un hôpital de jour AINSI QUE</u></b> dans une <b><u>maison de repos et de soins</u></b>	dans des échantillons cliniques	□ □ □ □ □	2K
	dans des échantillons de <b>dépistage uniquement</b>	□ □ □ □ □	2L
<b><u>Aucun contact</u></b> avec ces <b><u>structures de soins</u></b> durant les 12 derniers mois	dans des échantillons cliniques	□ □ □ □ □	2E
	dans des échantillons de <b>dépistage uniquement</b>	□ □ □ □ □	2F
Contacts avec les structures de soins dans les 12 derniers mois <b><u>inconnus</u></b>	dans des échantillons cliniques	□ □ □ □ □	2G
	dans des échantillons de <b>dépistage uniquement</b>	□ □ □ □ □	2H
<b>NOMBRE TOTAL DE PATIENTS NOUVELLEMENT HOSPITALISÉS AVEC PREMIER ÉCHANTILLON POSITIF (CLINIQUE OU DÉPISTAGE) POUR MRSA ENDÉANS LES 48 HEURES APRÈS L'ADMISSION</b>		□ □ □ □ □	2J
<b><u>ET</u></b> <b>PORTAGE/INFECTION DE MRSA CONNU DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>			



## Données minimales requises

## 3 - Volet : INCIDENCE DE MRSA ACQUIS A L'HOPITAL ( &gt; 48 h. après l'admission) DANS VOTRE INSTITUTION

Nombre total de nouveaux patients hospitalisés avec MRSA acquis à l'hôpital (premier échantillon positif pour MRSA > 48 h. après admission) <u>ET</u> pas connus comme porteurs pendant les 12 derniers mois	Dans des échantillons cliniques	_____	3A
	Dans des échantillons de <b>dépistage uniquement</b>	_____	3B

## Données optionnelles

## 4 - Volet : INCIDENCE DE MRSA ACQUIS A L'HOPITAL - PAR TYPE DE SERVICE

## NOMBRE TOTAL DE NOUVEAUX PATIENTS HOSPITALISES AVEC MRSA ACQUIS A L'HOPITAL ( &gt; 48 h.) A PARTIR D'ECHANTILLONS CLINIQUES ET DE DE-PISTAGE

Premier échantillon positif PRÉLEVÉ DANS un service:A- de Soins **Intensifs** (I, N, ...)B- autre secteur hospitalier **aigu** (C, D, E, M, )C- secteur hospitalier sub-aigu / **chronique** (Sp, G)

\_\_\_\_\_

4A

\_\_\_\_\_

4B

\_\_\_\_\_

4C

## Données optionnelles

## 5- Volet : INCIDENCE DE MRSA ACQUIS A L'HOPITAL - PAR TYPE D'ECHANTILLON CLINIQUE

## NOMBRE TOTAL DE NOUVEAUX PATIENTS HOSPITALISES AVEC MRSA ACQUIS A L'HOPITAL ( &gt; 48 h.) A PARTIR D'ECHANTILLONS CLINIQUES

A- **Hémocultures**B- **Autres échantillons cliniques**

\_\_\_\_\_

5A

\_\_\_\_\_

5B

**Données minimales requises**

**6- Volet : DEPISTAGE**

**DES ECHANTILLONS DE DÉPISTAGE ONT-ILS ÉTÉ PRÉLEVÉS DANS VOTRE HÔPITAL DURANT LES 6 DERNIERS MOIS ? (cochez les bonnes réponses)**

**A L'ADMISSION d'un patient à l'hôpital ( < 48 h. après l'admission) :**

- Oui, systématiquement à l'admission de tous les patients et dans tous les services
  - Oui, en cas d'épidémies dans l'institution envoyant le patient
  - Oui, à l'admission dans certains services (SI, gériatrie, chirurgie, ...)
  - Oui, en fonction de l'origine du patient (autre hôpital, MRS, autre)
  - Oui, en fonction de risque pour le patient
- 
- Non, jamais

**PENDANT LE SEJOUR du patient à l'hôpital ( > 48 h. après l'admission):**

- Oui, en cas d'épidémie,
  - Oui, routine dans certains services (SI, gériatrie, chirurgie, ...)
  - Oui, en fonction du risque pour le patient
- 
- Non, jamais

**Données optionnelles**

<b><u>Dépistage endéans les 48 heures</u></b> après l'admission	Nombre total <u>d'échantillons</u> de dépistage (sites prélevés)	_ _ _ _ _	<b>6A</b>
	Nombre total de <u>patients</u>	_ _ _ _ _	<b>6B</b>
<b><u>Dépistage au delà de 48 heures</u></b> après l'admission	Nombre total <u>d'échantillons</u> de dépistage (sites prélevés)	_ _ _ _ _	<b>6C</b>
	Nombre total de <u>patients</u>	_ _ _ _ _	<b>6D</b>

**Données minimales requises**

**7- Volet : DENOMINATEURS**

<p>Nombre total <b>d'admissions</b> pendant les 6 derniers mois <span style="float: right;"><i>(données mensuelles*)</i></span></p> <p>* Afin de pouvoir utiliser ces données dénominateurs également pour d'autres surveillances (MRE BLSE+, CDAD), nous demandons le nombre <u>mensuel</u> d'admissions.</p> <p>Les numérateurs (Volet 1, 2, 3, 4, 5) et dénominateurs (Volet 7) doivent provenir des mêmes services hospitaliers.</p>	<p>m.-1 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-2 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-3 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-4 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-5 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-6 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><b>7A</b></p>
<p>Nombre total de <b>jours d'hospitalisation</b> pendant les 6 derniers mois <span style="float: right;"><i>(données mensuelles*)</i></span></p> <p>* Afin de pouvoir utiliser ces données dénominateurs également pour d'autres surveillances (MRE BLSE+, CDAD), nous demandons le nombre <u>mensuel</u> d'admissions.</p> <p>Les numérateurs (Volet 1, 2, 3, 4, 5) et dénominateurs (Volet 7) doivent provenir des mêmes services hospitaliers.</p>	<p>m.-1 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-2 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-3 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-4 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-5 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>m.-6 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><b>7B</b></p>
<p>Nombre de <b>lits</b> concernés par cette surveillance</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><b>7C</b></p>
<p><b>CES RÉSULTATS CONCERNENT-ILS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Seulement le site signalé en début du formulaire (Hôpital : .....)</li> <li><input type="checkbox"/> Plusieurs sites regroupés dans une même fusion, si oui, précisez lesquels ? <i>(Nom de l'institution, commune) :</i></li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		