

Surveillance Nationale des Infections du Site Opérateur

Protocole NSIH-ISO

Annexe 2: Instructions d'Enregistrement

Remarques lors de l'utilisation de ces instructions:

- Veuillez consulter le point "2.10 Options d'enregistrement" du protocole pour apprendre les différences principales entre les 3 options d'enregistrement.
- Ces instructions vous guident lors du remplissage des formulaires en papier, mais elles serviront aussi comme référence chez l'utilisation du module ISO du logiciel NSIHwin.
- En faisant l'encodage manuel dans NSIHwin, les variables mentionnées dans ces instructions correspondent directement à celles des formulaires en papier et des écrans du logiciel NSIHwin pour l'encodage manuelle.
- En faisant l'enregistrement par import des données (en utilisant le module import de NSIHwin), ces instructions forment la base pour les données à collecter. Les spécifications techniques des fichiers d'import (noms des variables, formats, variables obligatoires, codifications des variables catégoriques,..) sont disponibles à partir des rapports dans le logiciel-meme. L'utilisation de ses rapports est expliquée dans le manuel "NSIHwin import des données".



1 Option 1: Enregistrement "Classique"

1.1 Formulaire 1.A: Données Patient

<p>L'enregistrement des données administratives des patients se fait de la même manière que pour les autres programmes de surveillance NSIH (même écran dans le logiciel NSIHwin). Quelques-unes de ces données sont <u>indispensables</u> pour le bon fonctionnement du logiciel. Ces données sont affichées en gras sur l'écran. Elles vous permettent l'identification correcte du patient. Le nom du patient, bien qu'indispensable pour le logiciel, n'est jamais transmis lors de l'exportation des données à l'ISP, de façon à garantir l'anonymat des patients.</p>		
Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
Numéro d'hospitalisation	combinaison unique de lettres/chiffres pour cette hospitalisation; maximum 50 caractères.	Champ obligatoire Introduisez ici le n° d'hospitalisation ou (de préférence) un autre code unique pour chaque patient admis.
Date d'admission	jj/mm/aaaa p.ex.: 15/10/2001	
Service d'admission	p.ex.: CA pour "chirurgie générale/abdominale". Vous pouvez choisir une combinaison de lettres dans la liste. Consultez l'annexe 1 pour la liste des codes acceptés par NSIHwin	Cette valeur indique la spécialisation dans laquelle le patient est admis.
Unité de soins	p.ex: CA/001 maximum 6 caractères pour le code et 25 caractères pour la description du service.	Cette valeur indique l' unité fonctionnelle où le patient est réellement hospitalisé (service des admissions). Vous devez d'abord créer une liste de choix possibles dans laquelle vous allez faire ensuite une sélection.
Nom et prénom	max. 30 positions pour le nom de famille et 20 positions pour le prénom du patient	Cette information n'est <u>jamais</u> transmise à l'ISP.
Date de naissance	jj/mm/aaaa p.ex.: 01/12/1955	La date de naissance est transformée en âge pour garantir l'anonymat du patient.
Sexe	M pour masculin, F pour féminin, U pour inconnu	Vous pouvez choisir une lettre dans la liste ou taper vous-même la lettre.

1.2 Formulaire 1.A: Intervention Chirurgicale

Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
Date d'intervention	jj/mm/aaaa	Champ obligatoire
Numéro d'intervention chirurgicale	1 chiffre, de 1 à 3	Champ obligatoire Dans le cas où il y aurait plusieurs procédures exécutées pendant une même visite à la salle d'OP, on les considèrera : 1) comme une intervention si on ne peut <u>pas</u> distinguer où se trouve la cause de l'infection en cas d'une ISO éventuelle. p.ex. : CABG + prothèse valvulaire par la même incision: <u>code 1</u> = 36.11, <u>code 2</u> = 35.22. Mettez l'intervention avec le risque infectieux le plus



		<p>élevé en premier lieu.</p> <p>2) comme des interventions distinctes (nouvelle fiche d'intervention) si l'on prévoit qu'en cas d'une ISO éventuelle on pourra distinguer la procédure causale.</p> <p><i>p.ex:</i> splénectomie + ostéosynthèse du tibia chez un patient polytraumatisé.</p> <p>Maximum 3 interventions, chacune avec max. 3 procédures, peuvent être enregistrées (voir aussi 'Code de procédure').</p>
Identité du chirurgien	<p>3 caractères max.</p> <p>Pour ce champ, vous utilisez un code de la liste que vous avez créé et dans laquelle vous avez introduit <u>les initiales ou les codes</u> et éventuellement les noms des chirurgiens. Pour les noms des chirurgiens, 20 caractères max. ont été prévus dans le logiciel.</p> <p>Trois chirurgiens max. peuvent être enregistrés par intervention.</p>	<p>Les noms des chirurgiens ne sont <u>pas transmis</u> à l'ISP.</p>
Equipe SOP (Salle d'OPération)	<p>3 caractères max.</p> <p>Vous devez d'abord créer une liste avec les choix possibles, comme pour les chirurgiens; 20 caractères max. ont été prévus.</p>	<p>Les noms de l'équipe de SOP ne sont <u>pas transmis</u> à l'ISP. Vous pouvez choisir quels membres de la SOP vous désirez enregistrer (<i>p.ex</i> : instrumentiste, infirmière «volante», etc.).</p>
Code de procédure (code ICD-9-CM)	<p>2 chiffres • 2 chiffres <i>p.ex:</i> 45.73 <i>ou</i> 2 chiffres • 1 chiffre <i>p.ex:</i> 36.2</p> <p>Les codes peuvent être recherchés par le système de recherche dans la base de données ICD-9-CM.</p> <p>Consultez l'annexe 1 pour la liste des codes acceptés par NSIHwin</p>	<p><u>Champ obligatoire</u></p> <p>Les interventions sont encodées selon les codes ICD-9-CM; utilisez toujours un code de 4 chiffres, sauf quand il n'y a pas un 4ème chiffre disponible.</p> <p>Pour la définition d'une procédure chirurgicale, voir p 11. Le logiciel prévoit de l'espace pour max. 3 codes de procédure.</p>
Classe de contamination	<p>1 chiffre, de 1 à 4; 9 si la classe de contamination est inconnue</p>	<p><u>Champ obligatoire</u></p> <p>Les plaies sont classées en quatre catégories: plaies propres, plaies propres contaminées, plaies contaminées, plaies sales ou infectées</p> <p>Pour les définitions, voir p 14.</p> <p>S'il y a présence de plusieurs plaies avec des classes de contamination différentes, il y a probablement lieu de les enregistrer comme différentes interventions; sinon on choisira la valeur de la classe de contamination <u>la plus élevée</u>.</p>
Score ASA	<p>1 chiffre, de 1 à 6; 9 si le score ASA est inconnu</p>	<p><u>Champ obligatoire</u></p> <p>"Physical status score" de l'American Society of Anesthesiologists. Les patients sont classés dans une des cinq catégories suivantes.</p> <p>Pour les catégories et définitions, voir p 15 du protocole.</p>
Durée de l'intervention	<p>Minutes</p>	<p><u>Champ obligatoire</u></p>



		<p>Durée entre la première <u>incision</u> et le <u>dernier point de suture</u>, exprimée en minutes.</p> <p>Dans le cas d'une intervention multiple, la durée totale de toutes les procédures est enregistrée. Voir aussi 'moment d'incision et de suture'.</p>
Heure de l'incision	<p>hh H mm Min 00 H 00 Min si l'heure est inconnue</p>	<p>Heure du début de l'incision de la peau ou de la muqueuse.</p> <p>Si l'utilisation de la <u>prophylaxie antibiotique</u> est enregistrée (optionnel), les <u>heures</u> du début et de la fin de l'intervention doivent être enregistrées et non <u>pas la durée</u>.</p>
Heure du dernier point de suture	<p>hh H mm Min 00 H 00 Min si l'heure est inconnue</p>	<p>Heure du dernier point de suture de la plaie.</p>
Laparo- /endoscopie	<p>Yes, No, Unknown</p> <p>"Y" si l'intervention a été faite <u>complètement</u> par laparo- /endoscopie; sinon indiquez "N"</p>	<p>Champ obligatoire</p> <p>En cas de CBGB: indiquez "Y" si le vaisseau sanguin greffon a été dénudé par endoscopie. Répondez "N" si le laparo-/endoscope a été utilisé uniquement à des fins <i>diagnostiques</i>.</p>
Intervention élective	<p>Yes, No, Unknown</p> <p>"Y" pour une intervention élective, planifiée au moins 24 heures d'avance ou pas urgente; "N" pour une intervention urgente</p>	
Option prophylaxie antibiotique	<p>Yes, No, Unknown</p> <p>"Y" si les données sur l'utilisation de la prophylaxie antibiotique (PAB) pour cette catégorie d'interventions sont enregistrées; sinon indiquez "N"</p> <p>En cas de « Y », remplissez la variable suivante « AB administrés » et le formulaire « <u>1.C Prophylaxie Antibiotique Chirurgicale</u> »</p>	<p>L'enregistrement des données sur l'utilisation de la PAB est <i>optionnel</i>.</p> <p>Vous pouvez choisir pour quelle(s) catégorie(s) d'interventions NHSN vous enregistrez ces données;</p> <p>l'utilisation de la PAB est enregistrée pour <u>toutes les interventions</u> appartenant aux catégories d'interventions NHSN sélectionnées.</p>
AB administrés (prophylaxie ou thérapie)	<p>A remplir uniquement si l'option PAB a été choisie. Sélectionnez ce qui est d'application:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No AB : aucun AB n'a été administré; - Routine surgical ABP: si la PAB a été administrée selon les schémas habituels; - Therapeutic AB or exceptional AB prophylaxis: si des AB thérapeutiques ou des AB prophylactiques pour des situations médicales exceptionnelles (<i>p.ex.</i> risque d'endocardite) ont été administrés - Unknown <p><u>Attention</u>: l'antibioprophylaxie n'est enregistrée et le formulaire n'est rempli que pour la prophylaxie périopératoire de <u>routine</u>!</p> <p>si l'option PAB a été choisie</p>	<p>Ce patient a-t-il reçu des antibiotiques périopératoires en vue de prévenir une infection, c.à.d. en l'absence d'une infection préexistante ou constatée pendant l'intervention ?</p> <p>L'administration d'AB en cas de <u>classe de contamination 3 ou 4</u> est considéré comme <u>thérapeutique</u> et pas comme prophylactique.</p> <p>Les situations médicales les plus fréquentes pour lesquelles sont modifiés les schémas habituels pour la PAB ont été reprises dans la liste de l'INAMI «situations médicales exceptionnelles» pour lesquelles le remboursement forfaitaire des AB administrés en périopératoire n'est pas d'application (voir Circulaire du 17/12/98, annexe 4), <i>p.ex</i> : réintervention, transplantation, risque d'endocardite, patient immunodéprimé, infection préexistante en dehors du champ opératoire.</p> <p>Cet information permet de distinguer :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) les interventions pour lesquelles <u>aucun AB</u> n'a été administré, 2) les interventions pour lesquelles <u>la PAB de routine a été remplacée par l'utilisation d'AB en</u>



	remplissez aussi le formulaire « 1.C Prophylaxie Antibiotique Chirurgicale »	<u>thérapie ou par une autre prophylaxie</u> . Pour ces interventions l'administration des AB n'est pas enregistrée et le formulaire PAB n'est pas rempli, puisqu'il s'agit d'une situation exceptionnelle pour laquelle les schémas habituels sont modifiés.
--	--	---

1.3 **Formulaire 1.A: Suivi du patient**

Nom du champ	Définition/format	Commentaire
Date de sortie ou de décès	jj/mm/aaaa	La période de surveillance se limite à 30 jours postopératoires (1 an pour des implants).
Dénouement clinique	Alive ou Dead "Alive" si le patient est sorti; "Dead" si le patient décède pendant l'hospitalisation.	Si le patient décède, l'enregistrement des données de suivi s'arrête.
Données disponibles après la sortie	Y ou N "Y" si on a obtenu des informations sur le patient après sa sortie, même si le patient n'a pas été physiquement revu; indiquez "N" si vous ne disposez d'aucune information sur le patient après sa sortie.	L'information «le patient n'a pas été revu après la sortie ou après la date X» a sa valeur et ne peut pas être considérée comme une donnée manquante. La probabilité est grande que ces patients n'aient pas eu de complications (et pas d'ISO). D'autre part, les patients qui ont développé une ISO ont une probabilité plus grande d'avoir été revu. On essaiera le plus possible d'obtenir de l'information du médecin traitant (chirurgien ou médecin généraliste) <u>après J30 postopératoire</u> . Cette information peut être considérée comme «30 jours de suivi», même si le patient n'a pas été revu jusqu'à J30. Si la réponse est «N», l'enregistrement des données de suivi s'arrête là.
Date des dernières données	jj/mm/aaaa Date des dernières données disponibles du patient, p.ex : date de signature du médecin traitant sur le formulaire de réponse.	Essayez d'obtenir le plus possible l'information définitive sur l'apparition d'une ISO éventuelle après une période de 30 jours postopératoires (1 an pour des implants).
Fournisseur des données	Chirurgien, médecin généraliste, hygiéniste ou autre personne.	Indiquez la personne qui a fourni l'information après la sortie du patient.
Patient vu après sa sortie	Y ou N "Y" si il y a eu au moins une consultation après la sortie ou en cas de réadmission; sinon répondez "N".	
Période postopératoire du dernier contact	< 30j ou ≥ 30j après l'intervention; Timing de la dernière consultation du patient.	La période de la surveillance est limitée à 30 jours postopératoires (1 an pour des implants). Voir aussi «date de sortie/de décès»
Date du dernier contact	jj/mm/aaaa Date de la dernière consultation après sortie. Laissez vide si la date n'est pas connue.	La période de surveillance est limitée à 30 jours postopératoires (1 an pour des implants). Cette information permet de calculer <i>la période d'observation</i> après l'intervention.
Type du dernier contact	Sélectionnez de la liste des codes ce qui est d'application: OPD = outpatient dept / polyclinique	Cette donnée reflète le type de suivi des patients après leur sortie. Elle changera selon le type d'intervention, le médecin et l'hôpital. Ces données permettront d'évaluer les différentes



	SP = chirurgien, consultation privée GP = médecin généraliste R = réadmission à l'hôpital O = autre	stratégies de la surveillance après sortie.
--	--	---

1.4 **Formulaire 1.B: Infection du Site Opératoire**

Les données qui sont collectées en cas d'une ISO éventuelle sont **identiques pour toutes les options**. Le *Formulaire 1.B*, qui contient uniquement des données d'infection, est utilisé pour les options 1 et 2. Si vous enregistrez selon l'option 3 (données dénominateur agrégées): pour les interventions où il y a eu une ISO, il faut enregistrer les données du patient et de l'intervention, en plus des données d'infection. Vous utiliserez à cet effet un formulaire séparé: le *Formulaire 3.B* (voir plus loin: option 3).

Nom du champ	Définition/Format	Commentaire
Date d'infection	Jj/mm/aaaa	<p><u>Champ obligatoire</u></p> <p>Le jour auquel les premiers signes d'infection apparaissent ou le premier échantillon diagnostique a été prélevé (choisissez la plus précoce des deux dates).</p> <p>Si le diagnostique d'ISO a été fait <u>après la sortie</u>, il faudra estimer cette date le plus correctement possible à l'aide des informations fournies par le patient.</p>
Localisation de l'infection	Partie superficielle de l'incision, Partie profonde de l'incision, ou Organe/espace concerné par le site opératoire	<p><u>Champ obligatoire</u></p> <p>Les ISO sont subdivisées en 3 groupes (pour les définitions, voir p 12-13).</p> <p>En cas d'ISO incisionnelle après un CBGB (CABG avec incision thoracale et périphérique), il faut indiquer s'il s'agit d'une infection <u>au niveau du thorax</u> ou <u>au niveau de la jambe</u>.</p>
Diagnostique de l'ISO	<p>Pendant l'admission ou après la sortie;</p> <p>Si l'ISO a été diagnostiquée après la sortie : où et par qui le diagnostique a-t-il été posé ? Sélectionnez à partir de la liste des codes ce qui est d'application :</p> <p>OPD = outpatient dept / polyclinique SP = chirurgien, consultation privé GP = médecin généraliste R = réadmission à l'hôpital O = autre personne/lieu</p>	<p><u>Champ obligatoire</u></p> <p>Cette donnée est fortement influencée par la durée de l'hospitalisation et sera différente selon le type d'intervention et selon l'hôpital.</p> <p>Pour les ISO qui ont été diagnostiquées après sortie, cela donne des informations importantes sur le suivi des patients permettant d'évaluer les différentes stratégies de la surveillance après sortie.</p>
Septicémie secondaire	<p>Y ou N</p> <p>"Y" si une septicémie secondaire à l'ISO se développe; sinon indiquez "N"</p>	Cette donnée est un indicateur de la sévérité de l'ISO.
Réintervention	<p>Y ou N</p> <p>"Y" si une réintervention a eu lieu à la suite de l'ISO, sinon indiquez "N". Si une réintervention a été effectuée pour une autre raison, par ex. une hémorragie, indiquez "N".</p>	<p>Cette donnée est un indicateur de la sévérité de l'ISO.</p> <p>On considère comme une réintervention, une intervention dans la salle d'OP ou en dehors de celle-ci (par ex. si le transport du patient est difficile ou comporte un risque) sous anesthésie (généralisée ou non) en vue de drainer l'infection.</p>



Réadmission	Y ou N "Y" si une réadmission a eu lieu à la suite de l'ISO ou de la septicémie secondaire; sinon indiquez "N". Si une réadmission a eu lieu à cause d'une autre raison, indiquez "N".	Cette donnée est un indicateur de la sévérité de l'ISO.
Culture prélevée	Y ou N "Y" si un échantillon a été prélevé pour culture ; sinon indiquez "N".	Cette donnée permet de distinguer « pas de prise d'échantillon » et « pas de micro-organisme isolé » En cas de suspicion d'une ISO, prenez <u>autant que possible</u> un échantillon avant l'administration des AB afin de confirmer le diagnostic et d'identifier le micro-organisme concerné.
Code ou nom du micro-organisme	6 lettres, par ex: <i>S.aureus</i> =STAAUR Vous pouvez utiliser la liste de codes existante. Remplissez : « STERI » si culture négative, « NOEXA » si résultats du labo non disponibles, « NONID » si germe non-identifié ou pas dans la liste	
Susceptibilité Antimicrobienne, pour les marqueurs particuliers	Inconnu / Sensible / Intermediaire / Resistant Pour le marqueur « <u>production de Beta-Lactamase à Spectre Etendue</u> », le résultat « résistant » est considéré comme « production », et le résultat « sensible » comme « absence de production »	Donnée à déclarer obligatoire pour les marqueurs et micro-organismes d'alert principales. Consultez la section « Marqueurs de Susceptibilité Antimicrobienne » dans l'annexe.
Origine du prélèvement	Sélectionnez le code approprié dans la liste: WD = liquide de drainage en provenance d'une plaie profonde WS = frottis de plaie XX = autre	

1.5 **Formulaire 1.C: Prophylaxie Antibiotique Chirurgicale (optionnel)**

<p>Seulement l'usage prophylactique d'antibiotiques est enregistré, c.à.d. toute administration de prophylaxie antibiotique <u>de routine</u>. L'utilisation thérapeutique (p.ex. en cas de classe de contamination 3 ou 4, ou infection existante avant l'intervention) et l'utilisation prophylactique en cas de situations médicales exceptionnelles pour lesquelles les schémas habituels sont modifiés (p.ex. réintervention, transplantation, risque d'endocardite, patient immunodéprimé) ne sont <u>pas</u> enregistrés.</p>		
Nom du champ	Définition/format	Commentaire
Code ou nom antibiotique	Code de 7 lettres/chiffres : Code suivant l'index de classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical).	Pour ce champ vous pouvez utiliser la liste de codes existante. Le plus souvent un ou deux antibiotiques différents seront administrés. Si nécessaire, jusqu'à 4 antibiotiques peuvent être enregistrés.
Date du début	jj/mm/aaaa	Jour où la première dose de cet antibiotique a été administrée.
Heure du début	hh H mm Min 00 H 00 Min si l'heure n'est pas connu.	Moment, en heures et minutes, de l'administration de la première dose de cet antibiotique.
Durée d'administration	3 chiffres 999 si la durée est inconnue	



	Durée de l'administration <u>en nombre de jours</u> : ≤ 24 h = 1 jour, >24 h à 48 h = 2 jours, etc.	
Voie d'administration	Sélectionnez le code approprié dans la liste: IV = intraveineuse IM = intramusculaire PO = per os	Seulement l'administration <u>systémique</u> d'antibiotiques est enregistrée.
Timing des doses	Cochez une case pour chaque dose d'antibiotique prophylactique administré pendant la période péri-opératoire: jour 0 = jour de l'intervention, jour+1 = jour postopératoire, jour-1 = jour préopératoire, etc.	Le plus souvent, la première dose de la PAB est administrée à <u>l'induction de l'anesthésie ou ≤ 2 h avant l'incision</u> (et ne pas lors de l'incision !) Pour une série de cases, vous placez toujours les croix en suivant, à commencer à partir de la gauche, par ex: 1 dose peropératoire et 2 doses postopératoires le jour de l'intervention : <i>during interv. after interv.</i> <input checked="" type="checkbox"/> — <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> —

2 Option 2: données minimales – enregistrement par intervention

Pour l'enregistrement des données relatif à une éventuelle ISO, utilisez le *Formulaire 1.B*. Pour l'enregistrement des données relatif au suivi du patient, utilisez le *Formulaire 1.A* (Identique à l'option 1).

2.1 Formulaire 2.A: Intervention Chirurgicale

Nom du champ	Définition/format	Commentaire
Date d'intervention	jj/mm/aaaa	Champ obligatoire
Numéro d'intervention chirurgicale	1 chiffre, de 1 à 3	Champ obligatoire Dans le cas où il y aurait plusieurs procédures exécutées pendant une même visite à la salle d'OP, on les considèrera : 1) comme une intervention si on ne peut <u>pas</u> distinguer où se trouve la cause de l'infection en cas d'une ISO éventuelle. <i>p.ex.</i> : CABG + prothèse valvulaire par la même incision: <u>code 1</u> = 36.11, <u>code 2</u> = 35.22. Mettez l'intervention avec le risque infectieux le plus élevé en premier lieu. 2) comme des interventions distinctes (nouvelle fiche d'intervention) si l'on prévoit qu'en cas d'une ISO éventuelle on pourra distinguer la procédure causale. <i>p.ex.</i> : splénectomie + ostéosynthèse du tibia chez un patient polytraumatisé. Maximum 3 interventions, chacune avec max. 3 procédures, peuvent être enregistrées (voir aussi 'Code de procédure').
Catégorie d'intervention NHSN	2 à 4 lettres, p.ex: COLO, VS, HPRO. Code de la catégorie d'intervention NHSN à laquelle l'intervention appartient.	Champ obligatoire Pour la liste complète des catégories d'intervention NHSN et les codes ICD-9-CM correspondants, voir annexe 1.
Classe de contamination	1 chiffre, de 1 à 4; 9 si la classe de contamination est	Champ obligatoire



	inconnue	<p>Les plaies sont classées en quatre catégories: Plaies propres / Plaies propres contaminées / Plaies contaminées / Plaies sales ou infectées</p> <p>Pour les définitions, voir p 14.</p> <p>S'il y a présence de plusieurs plaies avec des classes de contamination différentes, il y a probablement lieu de les enregistrer comme différentes interventions; sinon on choisira la valeur de la classe de contamination la plus élevée.</p>
Score ASA	1 chiffre, de 1 à 6; 9 si inconnu	<p>Champ obligatoire</p> <p>"Physical status score" de l'American Society of Anesthesiologists.</p> <p>Pour les catégories et définitions, voir p 15 du protocole.</p>
Durée de l'intervention	Minutes	<p>Champ obligatoire</p> <p>Durée, exprimée en heures et minutes, entre la première <u>incision</u> et le <u>dernier point de suture</u>. En cas d'interventions multiples, la durée totale de toutes les interventions est enregistrée. Voir aussi 'moment de incision et de suture'.</p>
Laparo-/endoscopie	Y ou N "Y" si l'intervention a été faite <u>complètement</u> par laparo-/endoscopie; sinon indiquez "N"	<p>Champ obligatoire</p> <p>En cas de CBGB: indiquez "Y" si le vaisseau sanguin greffon a été dénudé par endoscopie.</p> <p>Répondez "N" si le laparo-/endoscope a été utilisé uniquement à des fins <i>diagnostiques</i>.</p>
Intervention multiple	1 chiffre, de 0 à 3; 0 = intervention simple Si <u>plusieurs procédures</u> sont effectuées au cours de la même visite à la salle d'OP, remplissez un des codes suivants: 1 = même incision et même catégorie d'intervention NHSN; 2 = même incision et autre catégorie NHSN; 3 = autres incisions (même ou autre cat. d'intervention NHSN)	<p>Dans le cas d'une intervention multiple, le risque d'ISO augmente, d'une part à cause de l'augmentation de la durée de l'intervention, et d'autre part à cause de l'augmentation des manipulations des tissus. Cette information est importante pour permettre une comparaison des taux d'ISO.</p>
Date de sortie	jj/mm/aaaa	La période de surveillance est limitée à 30 jours postopératoires (1 année pour les implants).



3 Option 3: Données minimales - enregistrement des données d'intervention (dénominateur) sous forme agrégée

Les données d'intervention à partir desquels le nombre total par catégorie d'intervention NHSN et par l'index de risque NHSN sont calculés, peuvent être récoltés à l'aide du Formulaire 2A (voir option 2).

3.1 Formulaire 3.A: Données dénominateurs

Nom du champ	Définition/format	Commentaire
Période	jj/mm/aaaa Début et date de fin de la période d'enregistrement	Champ obligatoire La période d'enregistrement minimale est de 3 mois. Enregistrez de préférence les données par mois.
Catégorie d'intervention NHSN	2 à 4 lettres, par ex: COLO, VS, HPRO. Code de la catégorie d'intervention NHSN à laquelle appartient l'intervention. Pour la liste complète des catégories du NHSN avec description des interventions et codes ICD-9-CM, voir annexe 1.	Champ obligatoire
Chirurgien	Max. 3 caractères pour le code.	Champ optionnel.
Pour chaque période et catégorie d'intervention NHSN, enregistrez, par index de risque NHSN, les données suivantes :		
Nombre total d'interventions	Pour le calcul du nombre total d'interventions, les interventions multiples sont comptées séparément	Si plus d'une intervention a été faite lors du même temps opératoire, chaque intervention est comptabilisée <u>séparément</u> si: 1) Il y a deux incisions différentes (par ex. : prothèse de la hanche bilatérale, splénectomie + réduction de fracture chez un patient polytraumatisé) OU 2) il s'agit d'une même incision mais des interventions appartenant à une autre catégorie d'intervention NHSN (p.ex : CBGC et opération des valves cardiaques)
Nombre d'interventions multiples	Pour ce champ, on considère seulement comme interventions multiples : les interventions reprises au point 2 ci-dessus, c'est-à-dire via une même incision ET différentes catégories d'intervention NHSN (par ex: CBGC en CARD).	Lors d'interventions multiples, le risque d'une ISO est augmenté, d'une part à cause de l'augmentation de la durée de l'intervention, et d'autre part à cause de l'augmentation de la manipulation des tissus. Cette donnée est importante pour permettre une comparaison des taux d'ISO.
Nombre total de journées d'hospitalisation postopératoires		Cette donnée est importante pour permettre une comparaison des taux d'ISO: nombre d'ISO pendant l'hospitalisation/1000 jours d'hospitalisation postopératoires (= densité d'incidence).
Nombre d'interventions avec suivi < 30 jours postopératoires	= 'post-discharge missing data': si la dernière information disponible pour le patient date de moins de 30 jours après l'intervention. Si après au moins 30 jours post-opératoires de l'information est obtenue, p.ex. du médecin traitant, cela peut être considéré	Voyez aussi sous l'option 1, patient follow-up: «données disponibles après sortie».



	comme un follow-up complet (≥30 jours).	
NB : pour 4 catégories d'interventions NHSN, l'index de risque NHSN a été adapté pour l'usage du laparoscope . Pour la <u>chirurgie du colon</u> p.ex., le nombre de facteurs de risque est diminué d'un point si l'intervention a été réalisée par laparoscopie. L'index de risque M (=moins 1) signifie donc qu'aucun facteur de risque n'était présent et que l'intervention a été effectuée par laparoscopie. Si nécessaire, vous devez adapter le formulaire d'enregistrement pour les interventions sur le colon en rajoutant l'index de risque M.		

3.2 **Formulaire 3.B: Infection du Site Opératoire**

Si une ISO se présente, les données du patient et de l'intervention doivent être collectées séparément pour l'option 3. Ces données sont identiques à celles qui sont rassemblées pour les autres options. Pour les instructions, voyez *le formulaire 1.A* pour les données du patient, de l'intervention et du suivi, et *le formulaire 1.B* pour les données d'infection. En ce qui concerne l'identification de l'intervention, il est conseillé d'utiliser le code ICD-9-CM et non pas seulement la catégorie d'intervention NHSN.

