



Prévalence des organismes résistant aux antimicrobiens dans les petits hôpitaux canadiens : enquête sur la prévalence ponctuelle des soins aigus dans les régions communautaires, rurales et nordiques (CNAPP-19), 2019 – Matériel supplémentaire

Shari Thomas, Denise Gravel Tropper, Braden Knight, Donald Sheppard, Tanya Lary, Jami Mackenzie, Greg German, Charles Frenette, Kathryn Bush, Jennifer Ellison, Jennifer Happe, Jayson Shurgold

S1 : Questions de l'enquête sur les hôpitaux

Enquête de 2019 sur la prévalence ponctuelle des microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) ciblés et l'utilisation des antimicrobiens (UAM) dans les hôpitaux de soins de courte durée situés dans de petites communautés ou dans des régions rurales ou du Nord (CNAPP-19)

Les renseignements doivent être recueillis 24 heures après le recensement et temps du jour dans votre hôpital avec un suivi en laboratoire une semaine plus tard. Ne consignez pas les identifiants personnels.



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

1. Code d'hôpital :		Tel qu'il a été attribué par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), avec les trois premiers chiffres qui figurent sur les codes d'identification de tous les patients associés à cet hôpital.
2. Date du recensement (JJ/MM/AAAA) :		Une date entre le 1 ^{er} février et le 30 mars 2019.
3. Nombre total de lits admissibles à 8 h à la date de votre recensement :	a. Nombre de lits admissibles occupés :	Le nombre total de lits admissibles occupés doit correspondre au nombre d'enquêtes effectuées auprès des patients par votre établissement. Veuillez consulter le protocole d'enquête pour connaître la définition d'un lit admissible.
	b. Nombre de lits admissibles non occupés :	
	c. Nombre total de lits admissibles :	
4. Services fournis par l'hôpital :	<input type="checkbox"/> Soins aux adultes, médecine générale <input type="checkbox"/> Soins aux adultes, chirurgical <input type="checkbox"/> Obstétrique/Gynécologie <input type="checkbox"/> Trauma → (préciser le niveau) : ____ <input type="checkbox"/> Soins pédiatriques <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Réadaptation <input type="checkbox"/> Transplantation d'organe plein <input type="checkbox"/> Greffe de moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Hématologie maligne <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> USI, médecine générale <input type="checkbox"/> USI, cardiaque <input type="checkbox"/> USI, néonatal (préciser le niveau) : ____ <input type="checkbox"/> USI, pédiatrique <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Oncologie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
5. Dépistage d'un MRA ciblé : Le dépistage renvoie aux tests réalisés auprès de patients en l'absence de symptômes.	a. Au moment de l'admission	b. Pendant l'admission
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	<input type="checkbox"/> Tous les patients <input type="checkbox"/> Seulement les patients recevant des soins médicaux/chirurgicaux <input type="checkbox"/> Seulement les patients qui satisfont à la définition d'un risque <input type="checkbox"/> Aucun dépistage au moment de l'admission <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Contacts étroits de nouveaux cas <input type="checkbox"/> Enquêtes périodiques dans un service <input type="checkbox"/> Unités ciblées uniquement <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :



S1 : Questions de l'enquête sur les hôpitaux (suite)

Entérocoques résistants à la vancomycine	<input type="checkbox"/> Tous les patients <input type="checkbox"/> Seulement les patients recevant des soins médicaux/chirurgicaux <input type="checkbox"/> Seulement les patients qui satisfont à la définition d'un risque <input type="checkbox"/> Aucun dépistage au moment de l'admission <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Contacts étroits de nouveaux cas <input type="checkbox"/> Enquêtes périodiques dans un service <input type="checkbox"/> Unités ciblées uniquement <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Microorganismes produisant de la bêta-lactamase à spectre étendu	<input type="checkbox"/> Tous les patients <input type="checkbox"/> Seulement les patients recevant des soins médicaux/chirurgicaux <input type="checkbox"/> Seulement les patients qui satisfont à la définition d'un risque <input type="checkbox"/> Aucun dépistage au moment de l'admission <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Contacts étroits de nouveaux cas <input type="checkbox"/> Enquêtes périodiques dans un service <input type="checkbox"/> Unités ciblées uniquement <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Organismes producteurs de carbapénémase	<input type="checkbox"/> Tous les patients <input type="checkbox"/> Seulement les patients recevant des soins médicaux/chirurgicaux <input type="checkbox"/> Seulement les patients qui satisfont à la définition d'un risque <input type="checkbox"/> Aucun dépistage au moment de l'admission <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Contacts étroits de nouveaux cas <input type="checkbox"/> Enquêtes périodiques dans un service <input type="checkbox"/> Unités ciblées uniquement <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
6. Le cas échéant, veuillez résumer votre définition du risque pour le dépistage :		
7. Votre hôpital est-il actuellement en pleine éclosion?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – préciser l'organisme :	
8. Votre hôpital a-t-il sur place un pharmacien responsable de la gestion des antimicrobiens?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – préciser la charge de travail en termes d'équivalent temps plein (ETP) :	
9. Votre établissement procède-t-il à des vérifications régulières de l'utilisation d'antimicrobiens?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – préciser la fréquence à laquelle elles sont effectuées :	
10. Votre établissement a-t-il une liste d'antimicrobiens dont l'usage est restreint dans votre établissement?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – préciser les antimicrobiens à usage restreint :	



S1 : Questions de l'enquête sur les hôpitaux (suite)

11. Votre établissement dispose-t-il de politiques et de procédures écrites sur le contrôle et la prévention des infections liées au confinement des microorganismes résistants aux antimicrobiens?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui →	Si la réponse est « Oui », votre établissement effectue-t-il des vérifications de conformité aux politiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. Votre établissement participe-t-il à un programme d'hygiène des mains?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

S2 : Questionnaire pour les patients

Enquête de 2019 sur la prévalence ponctuelle des microorganismes résistants aux antimicrobiens (MRA) ciblés et l'utilisation des antimicrobiens (UAM) dans les hôpitaux de soins de courte durée situés dans de petites communautés ou dans des régions rurales ou du Nord (CNAPP-19)

Les renseignements doivent être recueillis 24 heures après le recensement et temps du jour dans votre hôpital avec un suivi en laboratoire une semaine plus tard. Ne consignez pas les identifiants personnels.

1 Code d'identification du patient : [] - []

Code d'hôpital Code du patient



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

2 Âge : []	<input type="checkbox"/> Année(s) <input type="checkbox"/> Jour(s) <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année de naissance	3 Sexe Sélectionner une réponse	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Femme
4 Type de service : Sélectionner une réponse	<input type="checkbox"/> Unités de soins intensifs (USI) pour adultes <input type="checkbox"/> Soins coronariens (pas une USI) <input type="checkbox"/> Urgences (admis, en attente d'un lit pour patient hospitalisé) <input type="checkbox"/> Hématologie/Oncologie/Greffe de moelle osseuse <input type="checkbox"/> Médecine générale <input type="checkbox"/> USI/Unité des soins critiques mixtes <input type="checkbox"/> Médicaux, chirurgicaux et mixtes <input type="checkbox"/> USI/Unité néonatale (préciser le niveau) : []		<input type="checkbox"/> Soins obstétriques (à l'exception de la salle d'accouchement) <input type="checkbox"/> Pédiatrie <input type="checkbox"/> Soins intensifs pédiatriques <input type="checkbox"/> Transplantation d'organe plein <input type="checkbox"/> Unité de soins intermédiaires <input type="checkbox"/> Chirurgie (y compris la gynécologie) <input type="checkbox"/> Traumatisme/Brûlure <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
5 Précaution(s) : Sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent	<input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes <input type="checkbox"/> Aérogène <input type="checkbox"/> Cohorte <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Aucun (passer à la question 7)	6 Raison de la prise de précautions : Sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent	<input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> BLSE <input type="checkbox"/> OPC <input type="checkbox"/> Syndromique
7 Le patient présentait-il l'un des types d'infection?			
<input type="checkbox"/> Infection du sang	Type d'infection du sang : <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Cathéter central <input type="checkbox"/> Inconnu Cette infection était-elle associée à des soins de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Confirmation microbiologique du MRA ciblé : <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> BLSE <input type="checkbox"/> OPC <input type="checkbox"/> Aucun Préciser le microorganisme identifié :		



S2 : Questionnaire pour les patients (suite)

<input type="checkbox"/> Infection de la peau et des tissus mous	Cette infection était-elle associée à des soins de santé?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	A-t-on effectué un test microbiologique pour la culture/le spécimen?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	Confirmation microbiologique du MRA ciblé :	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> OPC	<input type="checkbox"/> Aucun
	Préciser le microorganisme identifié :					
<input type="checkbox"/> Infection d'un site opératoire	A-t-on effectué un test microbiologique pour la culture/le spécimen?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	Présence du MRA ciblé :	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> OPC	<input type="checkbox"/> Aucun
	Préciser le microorganisme identifié :					
<input type="checkbox"/> Infection des voies urinaires	Une sonde urinaire de Foley/à demeure était-elle présente?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	Cette infection était-elle associée à des soins de santé?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	A-t-on effectué un test microbiologique pour la culture/le spécimen?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	Confirmation microbiologique du MRA ciblé :	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> OPC	<input type="checkbox"/> Aucun
Préciser le microorganisme identifié :						
<input type="checkbox"/> Pneumonie	Y avait-il un ventilateur?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	Cette infection était-elle associée à des soins de santé?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	A-t-on effectué un test microbiologique pour la culture/le spécimen?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
	Confirmation microbiologique du MRA ciblé :	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> OPC	<input type="checkbox"/> Aucun
Préciser le microorganisme identifié :						
<input type="checkbox"/> Infection à <i>C. difficile</i>	Cette infection était-elle associée à des soins de santé?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
<input type="checkbox"/> Aucune de ces réponses						
8 Un antimicrobien avait-il été prescrit au patient?						
<input type="checkbox"/> Oui – un ou plusieurs antimicrobiens prescrits (Veuillez en préciser jusqu'à concurrence de 5 ci-dessous) <input type="checkbox"/> Aucun antimicrobien prescrit (Fin de l'enquête)						
Antimicrobien 1	Nom :					
	Voie d'administration :	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Parentérale	<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Rectale	
	Indication d'utilisation :	<input type="checkbox"/> Empirique (sans résultat microbiologique)		<input type="checkbox"/> Prophylaxie		
		<input type="checkbox"/> Ciblée (basée sur les résultats microbiologiques)		<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
Raison de la prescription (préciser) :				<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
Antimicrobien 2	Nom :					
	Voie d'administration :	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Parentérale	<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Rectale	
	Indication d'utilisation :	<input type="checkbox"/> Empirique (sans résultat microbiologique)		<input type="checkbox"/> Prophylaxie		
		<input type="checkbox"/> Ciblée (basée sur les résultats microbiologiques)		<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
Raison de la prescription (préciser) :				<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
Antimicrobien 3	Nom :					
	Voie d'administration :	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Parentérale	<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Rectale	
	Indication d'utilisation :	<input type="checkbox"/> Empirique (sans résultat microbiologique)		<input type="checkbox"/> Prophylaxie		
		<input type="checkbox"/> Ciblée (basée sur les résultats microbiologiques)		<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		
Raison de la prescription (préciser) :				<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		



S2 : Questionnaire pour les patients (suite)

Antimicrobien 4	Nom :			
	Voie d'administration :	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Parentérale	<input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Rectale
	Indication d'utilisation :	<input type="checkbox"/> Empirique (sans résultat microbiologique)		<input type="checkbox"/> Prophylaxie
		<input type="checkbox"/> Ciblée (basée sur les résultats microbiologiques)		<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer
	Raison de la prescription (préciser) :			<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer
Antimicrobien 5	Nom :			
	Voie d'administration :	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Parentérale	<input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Rectale
	Indication d'utilisation :	<input type="checkbox"/> Empirique (sans résultat microbiologique)		<input type="checkbox"/> Prophylaxie
		<input type="checkbox"/> Ciblée (basée sur les résultats microbiologiques)		<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer
	Raison de la prescription (préciser) :			<input type="checkbox"/> Impossible à déterminer

9 Remarques :