

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

STATUT INFECTIEUX DE L'USAGER LORS DE SON TRANSFERT

Prévention et contrôle des infections
Signalement d'un usager nécessitant des précautions additionnelles ou lors d'éclosions

L'USAGER			
<input type="checkbox"/>	Est porteur d'une Bactérie Multirésistante aux Antibiotiques (BMR)	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> EPC <input type="checkbox"/> SARM
	Date du dépistage positif : _____		
<input type="checkbox"/>	Nécessite des précautions additionnelles contre le <i>Clostridioides difficile</i>		
	Date du dépistage positif : _____		
<input type="checkbox"/>	Nécessite des précautions additionnelles contre :	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> VRS
	Date du début des symptômes : _____		
	Date du dépistage positif : _____		
<input type="checkbox"/>	Nécessite des précautions additionnelles contre la gastro-entérite		
	Date du début des symptômes : _____		
<input type="checkbox"/>	A eu un contact étroit avec un autre usager porteur d'une BMR ou autre agent infectieux	<input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> EPC <input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> Autre : _____
	Date du dernier contact : _____		
<input type="checkbox"/>	Provient d'une unité en éclosion de : _____		
	Date du départ de l'unité en éclosion : _____		
<input type="checkbox"/>	Autre agent infectieux : _____		

Notes complémentaires : _____

Veillez prendre les précautions additionnelles prévues dans votre établissement

Signature et titre : _____ Date : _____