

# **Les dispositifs de signalement des MDO et des infections nosocomiales en PACA**

**DU Hygiène – 15 octobre 2018**

- Organisation de la réception des signaux en PACA
- Dispositif de signalement des MDO
- Dispositif de signalement des infections nosocomiales

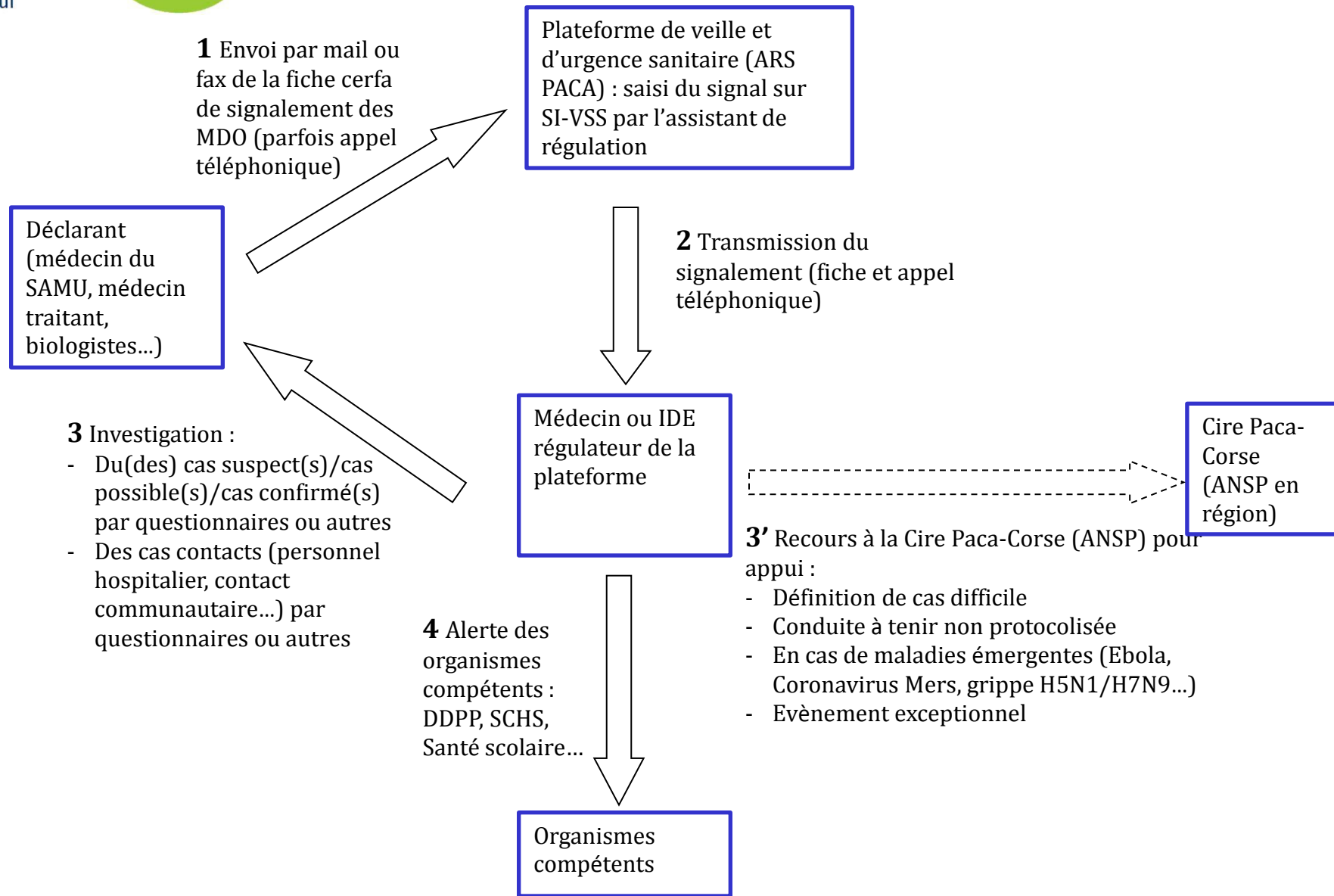
- Au sein du département de Veille et Sécurité Sanitaire de l'ARS PACA
- Réception de tous les signaux relatifs à l'alerte sanitaire avec un point focal régional unique :
  - Tel : 04 13 55 80 00
  - Bal : [ars-paca-vss@ars.sante.fr](mailto:ars-paca-vss@ars.sante.fr) (signaux nominatifs) ou [ars13-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars13-alerte@ars.sante.fr) (signaux anonymisés)
- Equipe dédiée opérationnelle de 8h30 à 18h : en permanence un assistant de régulation, un médecin et une infirmière
- Remplacée les soirs, weekends et jours fériés par une astreinte médicale

- 34 « maladies » à déclaration obligatoire
- Déclaration soit par un médecin soit par un biologiste
- Protection de l'anonymat et des données

- Bilharziose
- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- **Chikungunya**
- Cholera
- **Dengue**
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Mesotheliome
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans DOM
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- **Hépatite A aiguë**
- Infection par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- **Infection invasive à méningocoque**
- **Légionellose**
- **Listériose**
- **Rougeole**
- Rubéole
- **Saturnisme de l'enfant mineur**
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob
- Tétanos
- **Toxi-infection alimentaire collective**
- **Tuberculose**
- Tularémie
- Typhus exanthématique
- **Zika**

- 32 maladies infectieuses et 2 maladies non-infectieuses (mésothéliomes et saturnisme chez les enfants mineurs)
- On distingue deux groupes de MDO :
  - 30 MDO qui nécessitent à la fois une intervention urgente locale, nationale ou internationale et une surveillance pour la conduite et l'évaluation des politiques publiques
  - 4 maladies pour lesquelles seule une surveillance est nécessaire. Il s'agit de l'infection par le VIH quel que soit le stade, de l'hépatite B aiguë, du tétanos et des mésothéliomes.

# Circuit de signalement des MDO



# Infection invasive à méningocoque

République française			
<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____		<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	

Maladie à déclaration obligatoire   
**Infection invasive à méningocoque**  
 N° 12201\*04

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : <input type="checkbox"/>	Prénom : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : _____
Code d'anonymat : _____	(à remplir par l'ARS)		Date de la notification : _____

---

Code d'anonymat : _____	(à remplir par l'ARS)		Date de la notification : _____
-------------------------	-----------------------	--	---------------------------------

---

Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : _____	ou l'âge : _____	Code postal du domicile du patient : _____
--	---------------------------	------------------	--

Infection invasive à méningocoque	
<b>Critères de notification</b> 1. Isolé bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide périocardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique. 2. Présence de diplocoques Gram négatifs à l'examen microscopique du LCS. 3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) et présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type. 4. Présence d'un purpura fulminant (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou nécrolytique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).	

<b>Confirmation du diagnostic :</b> - Culture positive dans : <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> LCS <input type="checkbox"/> lésion cutanée purpurique <input type="checkbox"/> liquide articulaire <input type="checkbox"/> pleural <input type="checkbox"/> périocardique <input type="checkbox"/> péritonéal <input type="checkbox"/> chambre antérieure de l'œil - PCR positive dans : <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> LCS <input type="checkbox"/> lésion cutanée purpurique <input type="checkbox"/> liquide articulaire <input type="checkbox"/> pleural <input type="checkbox"/> périocardique <input type="checkbox"/> péritonéal <input type="checkbox"/> chambre antérieure de l'œil - Présence de diplocoques Gram – au direct : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherché - LCS évocateur de méningite bactérienne purulente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherché - Purpura fulminant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   Signes de choc : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   Éléments purpuriques cutanés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
--	--

Sérogroupe : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> non groupé
---	-------------------------------------

Hospitalisation (phase aiguë) : Date : _____	Hôpital : _____
--	-----------------

Le patient avait-il reçu un traitement antibiotique avant les premiers prélèvements biologiques : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	Si oui, s'agit-il d'une injection antibiotique précoce pour suspicion de purpura fulminant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
--	---

Statut vaccinal : le sujet est-il vacciné par un vaccin antiméningococcique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
--

Si oui : <input type="checkbox"/> conjugué C   Date dernière injection : _____   Nombre total de doses reçues : _____	<input type="checkbox"/> méningocoque B   Date dernière injection : _____   Nombre total de doses reçues : _____
<input type="checkbox"/> conjugué ACYW135   Date dernière injection : _____	<input type="checkbox"/> A+C   Date dernière injection : _____
<input type="checkbox"/> ACYW135   Date dernière injection : _____	

Évolution : <input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> séquelles, préciser : _____
---

Prophylaxie des sujets contacts	Nom de l'antibiotique/du vaccin	Collectivité : nombre de personnes	Entourage proche : nombre de personnes
Chimio-prophylaxie		_____	_____
Vaccination		_____	_____
Type de contacts		<input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> milieu scolaire <input type="checkbox"/> autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> amis

Autres cas dans l'entourage : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	Si oui, pour chaque autre cas, indiquer l'âge, la date d'hospitalisation et le département de résidence
--	---

Cas n°1 : Âge (en années) : _____	date d'hospitalisation : _____	département : _____
Cas n°2 : Âge (en années) : _____	date d'hospitalisation : _____	département : _____

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon) :</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	<b>ARS (signature et tampon)</b> _____ _____
---	--	--

Maladie à déclaration obligatoire (ART L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)  
 Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (à partir du 1er janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire



1. Vérification des critères de notification
2. Validation du signal
3. Intervention :

## Antibioprophylaxie autour d'un cas

- Elle est débutée dans les plus brefs délais, autant que possible avant les 48h suivant le diagnostic. Elle devient sans intérêt au delà de 10 jours après le dernier contact avec le cas.
- Le médecin de ville ou hospitalier, en lien avec le médecin de l'ARS, identifie les sujets contacts familiaux et leur prescrit l'antibioprophylaxie.
- Le médecin de l'ARS:
  - Identifie les contacts extra-familiaux, en lien avec les services concernés (PMI, médecine scolaire, travail ...), et coordonne la mise en place de l'antibioprophylaxie;
  - S'assure que tout a été mis en œuvre pour : a) retrouver les sujets contacts et les informer, b) qu'ils aient un accès aux soins et c) qu'une information leur ait été délivrée afin qu'ils consultent en cas de signes évocateurs d'IIM;
  - Vérifie que la souche ou tout matériel positif pour le méningocoque (échantillon clinique ou extrait d'ADN) a bien été envoyée au CNR pour typage complet.

## Vaccination autour d'un cas

- La vaccination complète l'antibioprophylaxie et vise à prévenir le risque de réintroduction de la souche dans la collectivité de vie du malade. Elle est proposée le plus rapidement possible aux sujets contacts qui se retrouvent de façon régulière et répétée dans son entourage proche, dans un délai de dix jours après le dernier contact avec le malade pendant sa période de contagiosité
- Elle concerne les sérogroupes A, C, W135, Y. L'utilisation du vaccin contre le méningocoque B est restreinte à d'autres situations (sujets à risque, grappe de cas, épidémie).
- La survenue d'une IIM C doit être l'occasion de mettre à jour la vaccination contre le méningocoque C des personnes cibles pour la vaccination vivant dans l'entourage du cas (conformément au calendrier vaccinal en vigueur)



## Objectifs :

- **Confirmer le diagnostic** clinique et biologique > Validation du signal
- **Identifier les lieux fréquentés** avec installations à risque à l'aide du questionnaire d'investigation sur une période de 14 jours avant la date de début des signes : domicile (système de production d'eau chaude individuel ou collectif), centres commerciaux, restaurants, piscines, salon de coiffure, lavage de voiture...
- **Rechercher d'autres cas** en relation avec ces mêmes expositions : dans les établissements sanitaire ou thermaux, informer les médecins afin qu'ils recherchent d'autres cas
- **Rappeler la réglementation** et les obligations réglementaires.

## Si cas nosocomial ou ayant fréquenté un établissement thermal :

- Solliciter l'EOHH de l'établissement ou le Directeur de l'établissement thermal.
- Une enquête environnementale doit être menée pour identifier les expositions à risque dans l'établissement, vérifier la maintenance des réseaux et prendre connaissance des derniers résultats de prélèvements et si besoin demander de procéder à de nouveau(x) prélèvement(s).

Si exposition à risque sur le lieu de travail : l'ARS signale le cas de façon anonymisée au service de santé au travail de façon à ce que celui-ci fasse l'enquête environnementale, en collaboration avec la Dreal et/ou le service santé environnement de l'ARS.

## **1. Mémento**

- Agent Infectieux : *Listeria monocytogenes*.
- Transmission :
  - Alimentaire : fromages à pâte molle au lait cru; poissons fumés, charcuteries.
  - Transplacentaire chez le fœtus ou par la filière génitale chez le nouveau-né.

## **2. Investigation**

- Vérifier que la souche a été adressée au CNR pour sérotypage et PFGE.
- Compléter le questionnaire alimentaire pour chaque cas.
- Transmettre sans délai la DO complétée avec le questionnaire alimentaire à l'InVS;
- En cas de forme neuro-méningée (et si l'isolement date de moins de 15 jours) :
  - Après accord du patient (ou de l'un de ses proches), des prélèvements alimentaires doivent être réalisés par la DDPP au domicile du patient, impérativement dans les 2 semaines suivant le diagnostic microbiologique.
  - Si isolement d'une souche alimentaire par la DDPP, celle-ci est envoyée au CNR.

Si le cas était hospitalisé les jours précédant ses signes cliniques : suspicion d'infection acquise à l'hôpital ➔ la DDPP pourra inspecter les cuisines de l'hôpital.

## **3. Intervention**

En cas de forme neuro-méningée, demander à la famille de ne pas consommer les aliments suspects , et de les conserver au réfrigérateur aux fins d'analyses par la DDPP.

En cas de consommation d'un aliment contaminé par *Listeria* : il n'y a pas lieu de recommander la mise en route d'une antibioprophylaxie systématique. Recommander aux personnes (en particulier les femmes enceintes) ayant consommé cet aliment à consulter rapidement un médecin en cas de symptômes (fièvre, céphalées) apparaissant dans les 2 mois suivant la consommation.

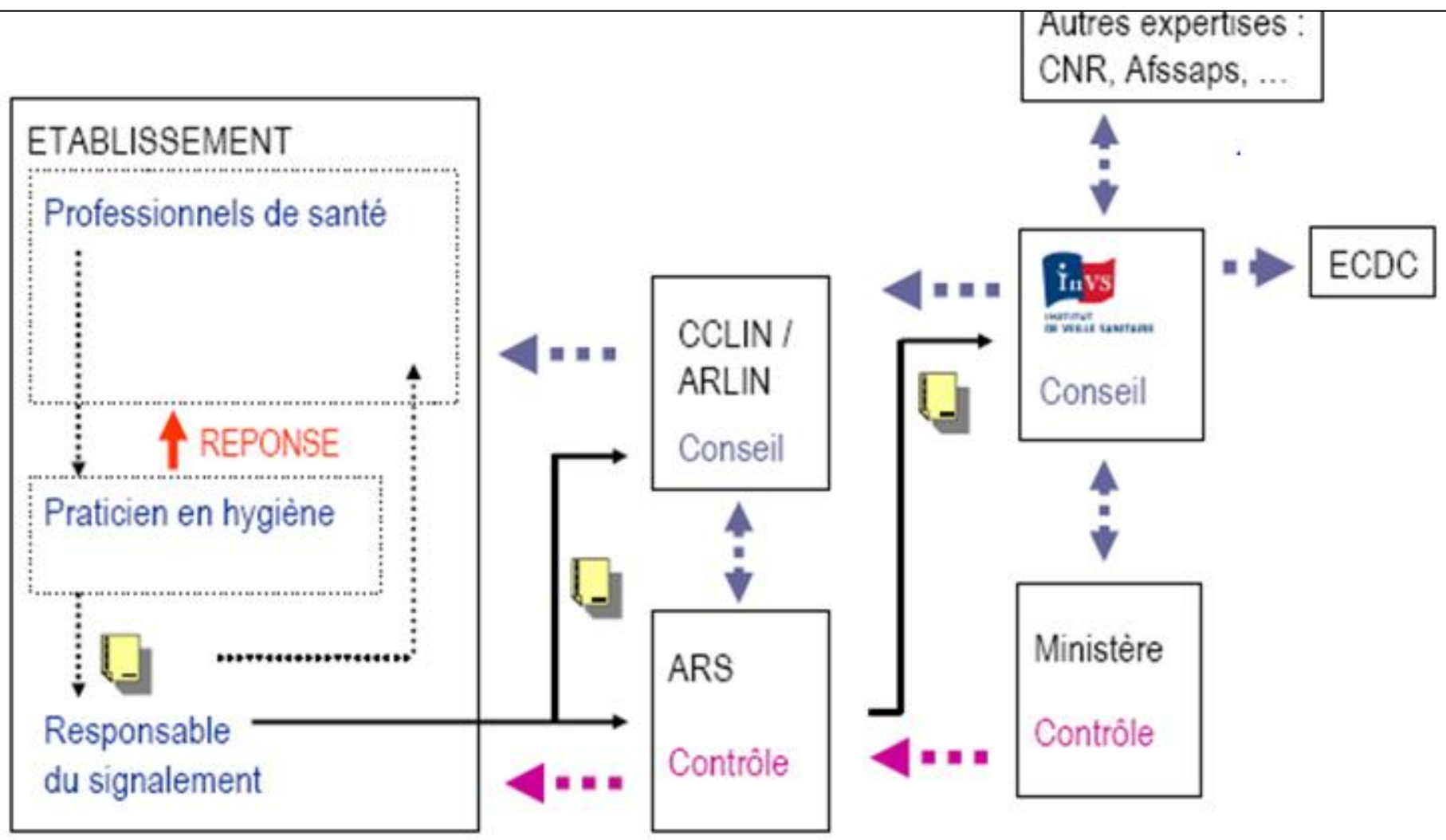
# Dispositif de signalement des infections nosocomiales

- Mettre en place un système d'information réactif au sein de l'établissement de santé
- Alerter les autorités sanitaires et les CPIAS
- Fournir des informations à l'ANSP, chargé du suivi épidémiologique national

# Qui signale les infections nosocomiales au sein d'un établissement de santé ?

- Tout médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme ou membre du personnel paramédical qui, dans l'exercice de ses missions, constate un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales, en informe, d'une part, le médecin responsable du service dans lequel le ou les cas sont apparus dans les établissements de santé publics ou le médecin responsable du ou des patients dans les autres ES, et d'autre part le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH).
- Le praticien de l'EOHH apprécie si le ou les cas correspond(ent) aux critères de signalement justifiant un signalement externe (aux autorités sanitaires).

# Circuit de signalement des infections nosocomiales

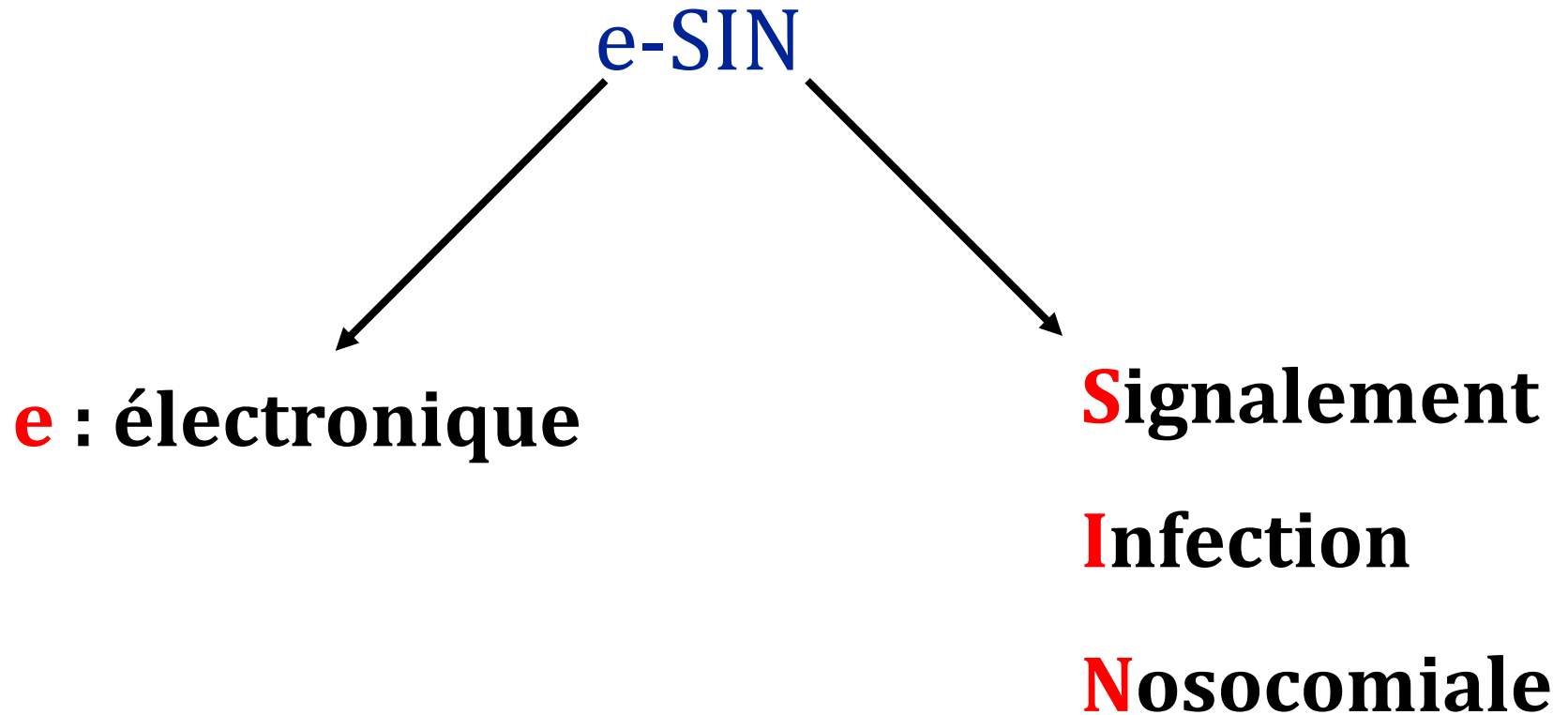


1. Les infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales et nationales, du fait de :
  - soit de la nature ou des caractéristiques de l'agent pathogène en cause [*ex : infections à Streptococcus pyogènes en maternité, mycobactéries atypiques, Coronavirus MERS ou grippe aviaire...*] ou de son profil de résistance aux anti-infectieux [*ex : entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), entérocoques résistant aux glycopeptides (ERG)*].
  - soit de la localisation de l'infection chez la ou les personnes atteintes, le plus souvent consécutive à un geste invasif sur site a priori stérile, et inhabituelle et grave sur le plan fonctionnel ou vital [*ex: fasciite nécrosante, endophtalmie post-cataracte, méningites après acte invasif sur le rachis...*].
  - soit de l'utilisation d'un dispositif médical suspect d'avoir été préalablement contaminé du fait d'un défaut de conception ou de fabrication [*ex : endoscope, générateur de dialyse*].
  - soit de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé, lors d'un acte invasif, d'autres personnes au même risque infectieux [*ex : suite d'une procédure inadaptée ou défaillante dans le cadre d'une antibioprophylaxie, ou d'une préparation cutanée en chirurgie, ou dispositif médical contaminé par insuffisance de procédure (endoscope avec dysfonctionnement du laveur-désinfecteur) ou infection nosocomiale liée à un produit de santé contaminé (greffe, transfusion, perfusion)...*].
2. Tout décès lié à une infection nosocomiale.
3. Les infections nosocomiales suspectes d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant (ex : légionellose, aspergillose...).
4. Les maladies à déclaration obligatoire.

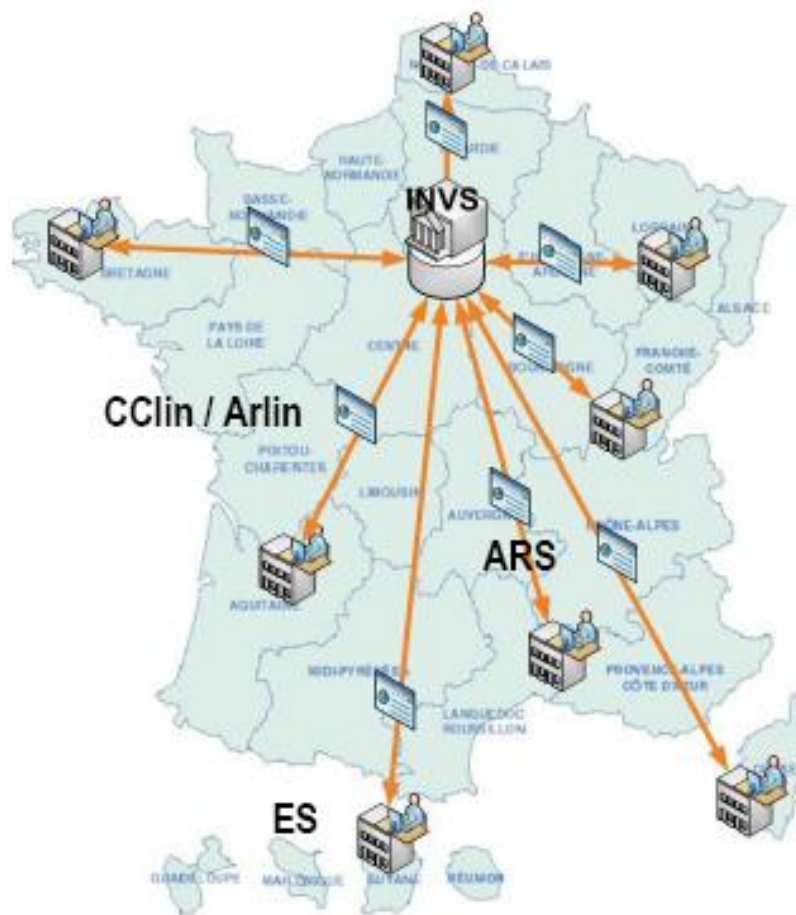


# Comment signaler ?

- Au sein d'un établissement de santé, les instances désignent les responsables du signalement (un titulaire et un suppléant) dont les noms doivent être transmis à l'ARS, au CPIAS et à l'ANSP.
- Un annuaire des responsables du signalement est ainsi constitué et doit être mis à jour.
- En cas de changement de responsable du signalement, l'établissement doit en informer les autorités sanitaires et faire connaître les personnes nouvellement désignées.
- En 2001, le signalement s'effectuait sous forme « papier » ou par mail. Un nouvel outil de signalement a été mis en place et s'appelle e-sin.



- Un système déployé en 2011
  - Répondant aux besoins de chaque acteur
  - Pour un « meilleur » signalement des infections nosocomiales
    - Adhésion renforcée (couverture améliorée)
    - Réactivité accrue (signalement et réponse)
    - Finalité mieux comprise (pertinence)
    - Support aux ES plus adapté (CAT, outils d'analyse de cas...)
    - Retours d'expérience plus fréquents (suivi, partage des données)
    - Meilleure sécurité des patients hospitalisés
- Préfiguration des autres systèmes de télédéclaration (MDO,...)
- e-SIN est un outil au service du signalement des IN
  - Communication à venir valorisant la démarche de signalement



- Interconnexion des différents acteurs du signalement
- Application sécurisée, serveur hébergé par l'ANSP
- Dématérialisation
  - Fiche papier > Informations électroniques
  - Mise à disposition d'informations brutes ou travaillées
- Métropole + DOM

# Fiche de signalement des Infections Nosocomiales (version 2011) à transmettre sans délai à l'ARS et au CClin dont dépend votre établissement

Rappel : Selon les articles L 1413-14 et R 6111-12 à R 6111-17 du code de la santé publique, certains cas d'infections nosocomiales doivent être signalés conjointement à l'ARS et au CClin dont dépend votre établissement. L'épisode qui doit être signalé peut être constitué de plusieurs cas d'infections nosocomiales, notamment lorsque les caractéristiques ou modalités de survenue du ou des premiers cas ne permettent pas d'emblée de répondre aux critères énoncés ci-dessous.  
Une copie de cette fiche doit être insérée dans le dossier médical du(s) patient(s) concerné(s) (circulaire DHO/DE2 - DGS/DE5C n°21 du 22 janvier 2004).

## Données administratives

Etablissement : \_\_\_\_\_ Personne responsable du signalement  
(si différente du praticien en hygiène)  
Code FINESS Etablissement : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_  
Tel : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Statut : ☐ Public ☐ Privé  
☐ Privé d'intérêt collectif  
Type : ☐ CHR/CHU ☐ CH/CHG ☐ H. Local ☐ CHS/PSY  
☐ MCO ☐ SSR ☐ SLD ☐ HIA  
☐ CLCC ☐ HAD ☐ Autre  
Praticien en hygiène  
(ou à défaut représentant de l'EOHH)  
Nom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_  
Tel : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

## Critères de signalement (à cocher obligatoirement, une ou plusieurs cases)

### 1. Infection nosocomiale ayant un caractère rare ou particulier du fait :

- ☐ 1.a. De l'agent pathogène en cause (nature, caractéristiques ou profil de résistance)

Agent pathogène envoyé à un CNR ou laboratoire expert ☐ Non ☐ Oui

Si Oui, date : \_\_\_\_\_ Quel CNR ou laboratoire expert : \_\_\_\_\_

- ☐ 1.b. De la localisation de l'infection

- ☐ 1.c. De l'utilisation d'un dispositif médical (DM), lequel : \_\_\_\_\_

- ☐ 1.d. De procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux, lors d'un acte invasif

Précisez lesquelles : \_\_\_\_\_

Si un produit de santé est concerné, lequel : \_\_\_\_\_

- ☐ 2. Décès lié à une infection nosocomiale

- ☐ 3. Infection nosocomiale suspecte d'être causée par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnement

- ☐ 4. Maladie devant faire l'objet d'une Déclaration Obligatoire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée

D.O. faite pour cette maladie : ☐ Non ☐ Oui Date : \_\_\_\_\_

- ☐ Autre (épidémie par exemple), précisez : \_\_\_\_\_

- Lien avec les vigilances : déclaration faite pour ce cas ☐ Non ☐ Oui, précisez alors type(s) et date : \_\_\_\_\_

☐ bio- ☐ cosméto- ☐ hémo- ☐ météor- ☐ pharmaco- ☐ radio-vigilance Date : \_\_\_\_\_

## Description de l'événement

Événement n° \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (1) Nombre de cas : \_\_\_\_\_ dont décédés : \_\_\_\_\_  
Date du 1er cas : \_\_\_\_\_ Si plusieurs cas, date du dernier cas connu : \_\_\_\_\_  
Cet événement se rapporte-t-il à un événement déjà signalé ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, date de signalement : \_\_\_\_\_

(1) : AAAA-X, où et AAAA est l'année et X le X<sup>ème</sup> événement signalé par l'établissement depuis le début de l'année.

- Cas groupés ou épidémie : ☐ Non ☐ Oui
- Type de cas : ☐ Infection(s) ☐ Colonisation(s)
- Population concernée : ☐ Patient(s) ☐ Personnel(s)
- Caractère nosocomial : ☐ Certain ☐ Probable ☐ Possible
- Origine du (des) cas : ☐ Acquis dans l'établissement ☐ Importé(s)
- Autre(s) établissement(s) concerné(s) : ☐ Non ☐ Oui Si oui, le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_
- Site(s) anatomique(s) : \_\_\_\_\_
- Microorganisme(s) en cause : \_\_\_\_\_
- Profil de résistance (joindre l'antibiogramme si besoin, notamment si critère 1a) : \_\_\_\_\_
- Spécialité(s) du(des) service(s) concerné(s) : \_\_\_\_\_

## Investigations réalisées à la date du signalement

- ☐ Non ☐ Oui ☐ En cours

- Précisez : \_\_\_\_\_

- Hypothèse sur la cause de l'événement : ☐ Non ☐ Oui

- Précisez : \_\_\_\_\_

- Actions d'amélioration :

Prises à la date de signalement ☐ Non ☐ Oui ☐ Sans objet

A programmer : ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sait pas ☐ Sans objet

- Précisez : \_\_\_\_\_

- Besoin d'expertise extérieure : ☐ Non ☐ Oui

- Précisez : \_\_\_\_\_

- Pensez-vous que l'événement soit maîtrisé : ☐ Non ☐ Oui ☐ En cours ☐ Sans objet

- Précisez : \_\_\_\_\_

## Informations complémentaires (joindre tout document utile, établi par l'établissement et rendu anonyme)

Justification des critères de signalement, description de l'événement  
(éléments de gravité, potentiel épidémique, caractère exceptionnel, n° de fiche vigilance éventuel, etc.) : \_\_\_\_\_

Commentaires additionnels du praticien en hygiène (ou à défaut d'un représentant de l'EOHH) : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

# Circuit d'alerte

## 4 colonnes :

- ES
- ARS
- CPias
- SpFrance

## 3 lignes :

- Lecture
- Niveau d'action  
(3 niveaux)
- Clôture

Intervenant SIN (ARS)

RETOURNER À L'ACCUEIL

GESTION DES SIGNALEMENTS

FICHE DE SIGNALEMENT

RECHERCHER MES FICHES DE SIGNALEMENT

EXPLOITATION DES DONNÉES

RECHERCHE DE SITUATIONS SIMILAIRES

RAPPORTS AUTOMATISÉS

### FICHE e-SIN

Circuit d'alerte

Lecture	ES	ARS	CPias	SpFrance
Niveau d'action	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Clôture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clôturer la fiche : ☐ Niveau d'action : ☒ Pour informati...

Fiche e-SIN n°26254 | Emise le :09/10/2017

Données de l'établissement

CH DE GRASSE - Provence-Alpes-Côte d'Azur - Alpes-Maritimes - 06 (Grasse)

Résumé :

Motifs : 2

Nombre de cas à la date du signalement : 6

1er site infectieux : INFECTION SITE OPERATOIRE (ORTHOPEDIQUE)

1er micro-organisme : Staphylococcus aureus [NMR]

1ère spécialité : CHIRURGIE ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE

DONNÉES ADMINISTRATIVES	CRITÈRES DE SIGNALEMENT	DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT	INVESTIGATIONS ET MESURES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	FICHE DE SUIVI	FICHE STRUCTURES D'APPUI
-------------------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------	------------------------------	----------------	--------------------------

Données de l'établissement :

Etablissement : **CH DE GRASSE** Statut : PUBLIC

Code FINESS étab : **060000478** Type : ES

Adresse : CHE DE CLAVARY BP 53149 , 06135 GRASSE

**Fin du cours**

