

Caractéristiques administratives

- **Code Etablissement** *saisi automatiquement dans l'application*
- **Code Service** *saisi automatiquement dans l'application*
- **Statut établissement** *(public, privé, privé d'intérêt collectif)* *saisi à l'inscription*
- **Type d'établissement** *(CHU, CH, MCO/clinique, CLCC, Militaire, Divers)* *saisi à l'inscription*
- **Lits de Court Séjour de l'établissement** *n =*

Caractéristiques du service de réanimation

- **Statut du service** *1. réanimation 2. surveillance continue 3. soins intensifs*
- En cas de mixité, les services de réanimation doivent exclure de la surveillance leurs lits de surveillance continue pour la surveillance nationale*
- **Type de réanimation** *1. polyv. 2. méd. 3. chir. 4. brûlés 5. cardio. 6. neuro.*
- **Lits de réanimation du service** *n =*
- **Admissions dans le service** **durant l'année précédente** *n =*
- **Admissions dans le service de plus de 48h** **durant l'année précédente** *n =*
- **Feuille de réanimation informatisée** *1. Oui totalement 2. Oui partiellement 3. Non*
- **Envoi des données de consommation ATB** **à la surv. SPARES/ConsoRes** *1. Oui 2. Non*
- **Envoi des données de résistance bactérienne** **à la surv. SPARES/ConsoRes** *1. Oui 2. Non*

Pratiques du service de réanimation

- **Insertion des CVC réalisée systématiquement sous échoguidage** *1. Oui 2. Non, rarement ou jamais*
- **Décontamination orale avec un antiseptique** *1. Oui 2. Non*
- **Décontamination digestive sélective** *1. Tous patients 2. Certains Patients 3. Non*

→ Si Oui, préciser concernant la DDS :

Application oropharyngée d'antibiotiques (gel ou pâte) *1. Oui 2. Non*

Administration par sonde nasogastrique d'une suspension d'antibiotiques *1. Oui 2. Non*

Administration IV d'une antibioprofylaxie *1. Oui 2. Non*

- **Dépistage réalisé à l'admission dans le service pour :**
 - SARM** *1. Systématique 2. Non systématique 3. Non*
 - EBLSE** *1. Systématique 2. Non systématique 3. Non*

- **Indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques (SHA) pour le service**
 - Consommation des SHA *durant l'année précédente (en litres)* *n =*
 - Journées d'hospitalisation *durant l'année précédente* *n =*

- **Le laboratoire de microbiologie qui prend en charge les analyses de votre service utilise-t-il une version du référentiel CA-SFM avec les modifications de la codification intermédiaire (version actualisée en 2020) ?**

1. Oui 2. Non

→ Si Oui, préciser la date à laquelle la nouvelle version du référentiel a été appliquée aux résultats / /