

<b>ENREGISTREMENT DE L'INFECTION OU DU RISQUE D'INFECTION NOSOCOMIALE</b>	Numéro d'ordre		Date et heure	
	Nom, prénom et qualité de la personne enregistrant l'infection ou le risque d'infection			
<b>PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) PAR L'INFECTION OU LE RISQUE D'INFECTION</b>	Qualité	Patient <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/>		
	Nom et prénom (avec numéro de dossier s'il s'agit d'un patient)			
	Service de l'établissement (avec numéro de chambre et de lit s'il s'agit d'un patient)			
<b>NATURE DE L'INFECTION OU DU RISQUE D'INFECTION</b>	Agent pathogène en cause	Connu <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> lequel :		
	Localisation			
	Dispositif médical et/ou procédure de soins éventuellement concerné(es)			
	Possibilité d'extension à d'autres patients	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>		
<b>INFORMATION DES PERSONNES SUR L'INFECTION OU LE RISQUE D'INFECTION NOSOCOMIALE</b> <i>(selon le cas, nom, prénom et qualité des personnes informées - date, heure et circonstances de l'information donnée aux personnes)</i>	Médecin responsable du patient			
	Médecin responsable du service			
	Médecin de l'équipe opérationnelle d'hygiène			
	Patient ou son représentant			
<b>MESURES CONSERVATOIRES OU CORRECTIVES MISES EN ŒUVRE</b>				
<b>SIGNALEMENT EFFECTUÉ ULTÉRIEUREMENT</b>	Sur un plan interne (CLIN, etc)			
	Sur un plan externe (DDASS, C.CLIN)			