

## Partie 1 : description de l'épisode

**Patient :** Identifiant : \_\_\_\_\_ (par exemple : 2 premières lettres du nom et 1<sup>ère</sup> lettre du prénom)

Age : |\_\_|\_\_|\_\_|

Sexe :  F /  H

Poids (kg) : |\_\_|\_\_|\_\_|

Créatinine ou clairance (CKD) : |\_\_|\_\_|\_\_|

Allergie aux antibiotiques :  Oui (préciser : \_\_\_\_\_)  Non

Immunodépression :  Oui  Non

### Type d'infection (cocher 1 seule case) :

<p><b>ORL</b></p> <p><input type="checkbox"/> OMA</p> <p><input type="checkbox"/> Sinusite maxillaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre forme de sinusite</p> <p><input type="checkbox"/> Infection dentaire et parodontale</p> <p><b>Respiratoire</b></p> <p><input type="checkbox"/> Exacerbation de bronchopneumopathie chronique</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumonie aiguë communautaire</p> <p><b>Urinaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cystite</p> <p><input type="checkbox"/> Pyélonéphrite aiguë</p> <p><input type="checkbox"/> Infection urinaire masculine</p>	<p><b>Cutanée</b></p> <p><input type="checkbox"/> Infection cutanée (DHBNN)</p> <p><b>Digestive</b></p> <p><input type="checkbox"/> Infection digestive (cholécystite, sigmoïdite, angiocholite)</p> <p><b>Autre</b></p> <p><input type="checkbox"/> Infection ostéo-articulaire</p> <p><input type="checkbox"/> Antibio prophylaxie après une morsure</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperthermie isolée</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non précisé dans le dossier</p>
--	--

**Type de prélèvement :**  Pas de prélèvement  HC  LBA  ECBU  Autre : \_\_\_\_\_

**Germe identifié :**  Oui  Non

**Germe :** Espèce : \_\_\_\_\_ **Date résultat définitif (incluant ABgramme) :** |\_\_|\_\_|\_\_|

Antibiogramme : souche Amoxicilline-ac. clavulanique :  SFP\*  R  S  Non précisé

\*sensible à forte posologie

Bactérie multi-résistante ?  Oui  Non  Non précisé

### Traitement antibiotique :

Molécule	Posologie (dose + nb de prises/jour)	Date de début	Date de fin	Durée (j)	Voie (initiale)
ATB1 : AAC		__ __ __	__ __ __		<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IV
ATB2 : autre		__ __ __	__ __ __		<input type="checkbox"/> PO / <input type="checkbox"/> IV

**Réévaluation effectuée à :** -H72 :  Oui  Non  non adapté -J7 :  Oui  Non  non adapté

### Commentaires sur cet épisode :