Staphylocoque doré méthicillinorésistant chez les enfants hospitalisés (SARM)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa ON K1G 4J8
Tél. : (613) 526-9397, poste 239
Téléc. : (613) 526-3332
Courriel : pcsp@cps.ca
Site Web : www.cps.ca/pcsp

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION
(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné. Une déclaration au PCSP ne vous dégage pas de votre responsabilité de déclarer les cas de SARM directement à votre province conformément aux lois sur les maladies à déclaration obligatoire. Les données sur le patient et le déclarant seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS DU STAPHYLOCOQUE DORÉ MÉTHICILLINORÉSISTANT CHEZ LES ENFANTS HOSPITALISÉS
Déclarer tous les enfants hospitalisés de moins de 18 ans atteints d'une infection symptomatique par le SARM, confirmée en laboratoire au moyen d'un échantillon clinique.

Critères d'exclusion

Le SARM provenant d'une culture de surveillance ou décelé par hasard en culture.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : _____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA) 1.2 Sexe : Masculin ___ Féminin ___

1.3 Hôpital où l'enfant a été admis à cause de l'infection par le SARM : _____

1.4 Trois premiers caractères du code postal du domicile : __ __ __

1.5 Lieu de résidence : urbain ___ rural (population inférieure à 1 000) ___ inconnu ___

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS, Y COMPRIS LES FACTEURS DE RISQUE

2.1 Quel est le nombre total de personnes qui habitent dans la maisonnée, y compris l'enfant? ____ ou sans abri ____

2.2 À quelle fréquence l'enfant prend-il sa douche ou se lave-t-il au savon?
Tous les jours ou presque tous les jours ___ De 2 à 3 fois par semaine ___ Toutes les semaines ___
Moins d'une fois par semaine ___ Inconnu ___

2.3 Maladie sous-jacente chronique? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, précisez _____

2.4 Hospitalisations antérieures à cause d'infections par le SARM? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.5 Opération, dialyse ou hospitalisation au cours de l'année précédente? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.6. Résidence dans un établissement de soins de longue durée au cours de l'année précédente? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.7 Sonde(s) à demeure ou dispositif médical percutané (p. ex., canule de trachéotomie ou de gastrotomie, cathéter urinaire) au moment du prélèvement ou de l'isolation précédente du SARM. Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.8 Troubles cutanés chroniques (p. ex., eczéma, impétigo) Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.9 Perçage corporel (p. ex., oreilles, nombril) au moment de l'hospitalisation? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.10 Tatouages? Oui ___ Non___ Inconnu ___

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS, Y COMPRIS LES FACTEURS DE RISQUE (suite)

2.11 Au cours de l'année précédente :

2.11.1 Utilisation de drogues non injectables (p. ex., crack)? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.11.2 Utilisation de drogues injectables? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.11.3 Vie dans la rue (aucune adresse permanente)? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.11.4 Incarcération? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.11.5 Fréquentation d'un service de garde en installation ou en milieu familial? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.11.6 Sports de contact hors de l'eau? Précisez _____ Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.12 Membre connu de la maisonnée atteint d'une infection par le SARM? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.13 Membre connu de la maisonnée ayant travaillé à titre de dispensateur de soins? Oui ___ Non___ Inconnu ___

2.14 Voyage hors de la province ou du territoire au cours de l'année précédente? Oui ___ Non___ Inconnu ___

Dans l'affirmative: Canada (précisez la province ou le territoire) _____

États-Unis _____ Autre (précisez le pays) _____

SECTION 3 – PRÉSENTATION CLINIQUE À L'HOSPITALISATION (cochez toutes les réponses applicables)

3.1 Furoncles ___ Cellulite ___ Fasciite ___ Infection musculaire ___ Bactériémie ___ Pneumonie ___

Empyème ___ Ostéomyélite ___ Arthrite septique ___ Endocardite ___ Méningite ___

Adénite cervicale /abcès ___ Mastoïdite ___ Autre, précisez _____

3.2 Date d'hospitalisation : ____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

SECTION 4 – EXPLORATIONS

4.1 Date du prélèvement de l'échantillon clinique de SARM : ____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

4.2 Foyer(s) de l'isolat du prélèvement (cochez toutes les réponses applicables)

Peau ___ Fascia ___ Muscle ___ Tissus profonds ___ Os ___ Articulation ___ Expectoration ___

Sécrétions respiratoires ___ Sang ___ LCR ___ Autre, précisez _____

4.3 Susceptibilité antimicrobienne au SARM :

	Susceptible	Résistant	Non disponible	Non effectué
Triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX)	___	___	___	___
Clindamycine	___	___	___	___
Érythromycine	___	___	___	___
Ciprofloxacine	___	___	___	___
Rifampine	___	___	___	___
Mupirocine	___	___	___	___
Acide fusidique	___	___	___	___
Doxycyline	___	___	___	___

4.4 Présence d'autres pathogènes (p. ex., virus de l'influenza) dans les échantillons prélevés dans les 72 heures suivant l'hospitalisation?

Oui ___ Non ___ Inconnu ___ Dans l'affirmative, précisez _____

SECTION 5 – PRISE EN CHARGE

5.1 Antimicrobien(s) utilisés avant le diagnostic de SARM (cochez toutes les réponses applicables) :

Triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) ___ Céfazoline ___ Cloxacilline ___ Clarithromycine ___

Azithromycine ___ Clindamycine ___ Ciprofloxacine ___ Céfotaxime ___ Ceftriaxone ___

Vancomycine ___ Aucun ___ Autre, précisez _____

5.2 Indiquez quand l'enfant a été mis en isolement de contact pour la première fois :

À l'hospitalisation ___ À l'obtention des résultats du prélèvement de SARM ___

5.3 Opération effectuée pour prendre en charge l'infection? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez le type : Débridement ou drainage ___ Amputation ___ Chirurgie plastique ___

SECTION 6 – ISSUE

6.1 Hospitalisation : Durée totale de l'hospitalisation _____ (en jours)

Durée totale du séjour aux soins intensifs _____ (en jours)

Congé en voie de rétablissement de l'infection par le SARM ___ Date ____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

Transfert à un établissement de réadaptation ___ Date ____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

Décédé de l'infection par le SARM ___

6.2 Précisez, en autant que vous le sachiez (selon les antécédents), si l'infection :

était d'origine non nosocomiale ___

était d'origine nosocomiale ___

provenait d'un autre établissement de santé ___

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

SECTION 8 – SUIVI

8.1 Acceptez-vous qu'on communique avec vous pour obtenir d'autres renseignements? Oui ___ Non ___

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(SARM 2008-09)