



**Infections associées aux soins et utilisation des  
antimicrobiens/antibiotiques  
dans les établissements de soins de longue durée  
européens (HALT-4)**

**QUESTIONNAIRE DES RÉSIDENTS**

**DONNÉES SUR LES RÉSIDENTS**

|                                                           |                                                                                                                                             |                                                                               |  |  |  |  |        |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------|
| SEXE                                                      | <input type="checkbox"/> Masculin                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Féminin                                              |  |  |  |  |        |
| ANNEE DE NAISSANCE                                        | <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                               |  |  |  |  | (AAAA) |
|                                                           |                                                                                                                                             |                                                                               |  |  |  |  |        |
| DUREE DU SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT                      | <input type="checkbox"/> Moins d'un an                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Un an ou plus                                        |  |  |  |  |        |
| ADMISSION DANS UN HOPITAL<br>AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                  |  |  |  |  |        |
| INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES<br>30 JOURS PRECEDENTS | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                  |  |  |  |  |        |
| <b>PRESENCE DE :</b>                                      |                                                                                                                                             |                                                                               |  |  |  |  |        |
| SONDE URINAIRE                                            | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                  |  |  |  |  |        |
| CATHETER VASCULAIRE                                       | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                  |  |  |  |  |        |
| INCONTINENCE<br>(URINAIRE ET/OU FECALE)                   | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                  |  |  |  |  |        |
| PLAIES                                                    |                                                                                                                                             |                                                                               |  |  |  |  |        |
| - ESCARRE DE DECUBITUS                                    | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                  |  |  |  |  |        |
| - AUTRES PLAIES                                           | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                  |  |  |  |  |        |
| DESORIENTATION<br>(DANS LE TEMPS ET/OU DANS L'ESPACE)     | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                  |  |  |  |  |        |
| MOBILITE                                                  | <input type="checkbox"/> Mobile                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Grabataire |  |  |  |  |        |

**Le jour de l'enquête, le résident :**

- ☐ REÇOIT UN OU PLUSIEURS AGENTS ANTIMICROBIENS/ANTIBIOTIQUES SYSTEMIQUES → **REPLIR LA PARTIE A**  
Cela inclut : (i) Les résidents recevant des antimicrobiens/antibiotiques prophylactiques  
**OU** (ii) Les résidents recevant des antimicrobiens/antibiotiques thérapeutiques
- ☐ PRESENTE DES SYMPTOMES D'UNE INFECTION CONFIRMEE OU PROBABLE → **REPLIR LA PARTIE B**  
Résidents présentant une ou plusieurs infections **ET** résidents ne recevant pas d'antimicrobiens/antibiotiques
- ☐ LES DEUX : AGENTS ANTIMICROBIENS/ANTIBIOTIQUES ET INFECTION(S) → **REPLIR LES PARTIES A & B**  
Cela inclut : (i) Les résidents présentant une ou plusieurs infections **ET** recevant des antimicrobiens/antibiotiques aujourd'hui (qu'ils soient liés ou non au même site infectieux)  
**OU** (ii) Résidents dont les signes/symptômes d'une infection ont rétrocedé, mais qui reçoivent toujours des antimicrobiens/antibiotiques pour cette infection

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

## PARTIE A : UTILISATION DES ANTIMICROBIENS/ANTIBIOTIQUES

|                                                                | ANTIMICROBIEN /<br>ANTIBIOTIQUE 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ANTIMICROBIEN /<br>ANTIBIOTIQUE 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ANTIMICROBIEN /<br>ANTIBIOTIQUE 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ANTIMICROBIEN /<br>ANTIBIOTIQUE 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM DE L'ANTIMICROBIEN/<br>ANTIBIOTIQUE                        | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| VOIE D'ADMINISTRATION<br><br><i>PARENTERALE = IM, IV ou SC</i> | <input type="checkbox"/> <i>Orale</i><br><input type="checkbox"/> <i>Parentérale</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <i>Orale</i><br><input type="checkbox"/> <i>Parentérale</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <i>Orale</i><br><input type="checkbox"/> <i>Parentérale</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <i>Orale</i><br><input type="checkbox"/> <i>Parentérale</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| DATE DE FIN/DE REEVALUATION<br>DU TRAITEMENT CONNUE ?          | <input type="checkbox"/> <i>Non</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <i>Non</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <i>Non</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <i>Non</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| TYPE DE TRAITEMENT                                             | <input type="checkbox"/> <i>Prophylactique</i><br><input type="checkbox"/> <i>Thérapeutique</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <i>Prophylactique</i><br><input type="checkbox"/> <i>Thérapeutique</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <i>Prophylactique</i><br><input type="checkbox"/> <i>Thérapeutique</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <i>Prophylactique</i><br><input type="checkbox"/> <i>Thérapeutique</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ANTIMICROBIEN/ANTIBIOTIQUE<br>PRESCRIT POUR                    | <input type="checkbox"/> <i>Voies urinaires</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tractus génital</i><br><input type="checkbox"/> <i>Peau ou plaie</i><br><input type="checkbox"/> <i>Voies respiratoires</i><br><input type="checkbox"/> <i>Gastro-intestinal</i><br><input type="checkbox"/> <i>Œil</i><br><input type="checkbox"/> <i>Oreilles, nez,<br/>bouche</i><br><input type="checkbox"/> <i>Site chirurgical</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tuberculose</i><br><input type="checkbox"/> <i>Infection<br/>systémique</i><br><input type="checkbox"/> <i>Fièvre inexpliquée</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre (veuillez<br/>préciser)</i><br>..... | <input type="checkbox"/> <i>Voies urinaires</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tractus génital</i><br><input type="checkbox"/> <i>Peau ou plaie</i><br><input type="checkbox"/> <i>Voies respiratoires</i><br><input type="checkbox"/> <i>Gastro-intestinal</i><br><input type="checkbox"/> <i>Œil</i><br><input type="checkbox"/> <i>Oreilles, nez,<br/>bouche</i><br><input type="checkbox"/> <i>Site chirurgical</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tuberculose</i><br><input type="checkbox"/> <i>Infection<br/>systémique</i><br><input type="checkbox"/> <i>Fièvre inexpliquée</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre (veuillez<br/>préciser)</i><br>..... | <input type="checkbox"/> <i>Voies urinaires</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tractus génital</i><br><input type="checkbox"/> <i>Peau ou plaie</i><br><input type="checkbox"/> <i>Voies respiratoires</i><br><input type="checkbox"/> <i>Gastro-intestinal</i><br><input type="checkbox"/> <i>Œil</i><br><input type="checkbox"/> <i>Oreilles, nez,<br/>bouche</i><br><input type="checkbox"/> <i>Site chirurgical</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tuberculose</i><br><input type="checkbox"/> <i>Infection<br/>systémique</i><br><input type="checkbox"/> <i>Fièvre inexpliquée</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre (veuillez<br/>préciser)</i><br>..... | <input type="checkbox"/> <i>Voies urinaires</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tractus génital</i><br><input type="checkbox"/> <i>Peau ou plaie</i><br><input type="checkbox"/> <i>Voies respiratoires</i><br><input type="checkbox"/> <i>Gastro-intestinal</i><br><input type="checkbox"/> <i>Œil</i><br><input type="checkbox"/> <i>Oreilles, nez,<br/>bouche</i><br><input type="checkbox"/> <i>Site chirurgical</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tuberculose</i><br><input type="checkbox"/> <i>Infection<br/>systémique</i><br><input type="checkbox"/> <i>Fièvre inexpliquée</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre (veuillez<br/>préciser)</i><br>..... |
| LIEU DE LA PRESCRIPTION ?                                      | <input type="checkbox"/> <i>Dans cet<br/>établissement</i><br><input type="checkbox"/> <i>À l'hôpital</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre part</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <i>Dans cet<br/>établissement</i><br><input type="checkbox"/> <i>À l'hôpital</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre part</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <i>Dans cet<br/>établissement</i><br><input type="checkbox"/> <i>À l'hôpital</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre part</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <i>Dans cet<br/>établissement</i><br><input type="checkbox"/> <i>À l'hôpital</i><br><input type="checkbox"/> <i>Autre part</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## PARTIE B : INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |      | INFECTION 1          | INFECTION 2          | INFECTION 3          | INFECTION 4          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| CODE DE L'INFECTION                                                                                                                                                                                                                                                       |      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| SI « AUTRE »,<br>VEUILLEZ PRECISER                                                                                                                                                                                                                                        |      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DATE DE DEBUT (JJ/MM/ AA)                                                                                                                                                                                                                                                 |      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| A. NOM DU MICRO-ORGANISME ISOLE<br>(VEUILLEZ UTILISER LA LISTE DES CODES)<br>B. ANTIMICROBIEN(S)/ANTIBIOTIQUE(S)<br>TESTE(S) ET RESISTANCE<br>UNIQUEMENT POUR STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER OU ENTEROBACTERALES (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***) | 1. A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | B    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2. A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | B    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3. A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | B    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

<sup>1</sup>Antibiotique(s) testé(s) : STAAUR : oxacilline (OXA) ou glycopeptides (GLY) ; ENC\*\*\* : GLY uniquement ; *Enterobacterales* : céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération (C3G) ou carbapénèmes (CAR) ; PSEAER et ACIBAU : CAR uniquement. <sup>2</sup>Résistance : S = sensible, schéma posologique standard ; I = sensible, augmentation de l'exposition ; R = résistant ; U = inconnue