

ORTHORISQ

Journée du 14 novembre 2008
Les déclarations Obligatoires

O. GALLAND, M.GALPERINE, C. BRILLET

INFECTION NOSOCOMIALE

Article L1413-14

- **Transmission** →
- **Information commission**
El art L6144-30-2 →
- **Information** →
- **Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** →

INVS

La lutte contre les infections nosocomiales mentionnées à l'article L.6111-1

CLIN CR 7111-1

Article R6144-30-1

EVENEMENT INDESIRABLE GRAVE LIE A DES SOINS

Article L1413-14

• **Transmission**



INVS

EVENEMENTS INDESIRABLES LIES A UN PRODUIT MENTIONNE A L'ARTICLE

L.5311-1

Article L1413-14

• Transmission →

AFSSAPS

• Information commission El art
L6144-30-2 →

Le dispositif de vigilance destiné à
garantir la sécurité sanitaire des
produits de santé mentionnés à
l'article L5311-1

VIGILANCES

• Politique d'amélioration de la qualité
et de la sécurité des soins →

Article R6144-30-1

EVENEMENTS MEDICAUX INDISIRABLES

Article L4135-1

- **Transmission** → **HAS**
- **Information** → **Clin/Clud COM ect....**

IDENTIFICATION DES PATIENTS A RISQUE DE TRANSMISSION DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB

Questionnaire complété d'après les renseignements fournis par le patient et sous réserve de sa bonne foi déclarative

Mise à jour du 30/06/2006

**A renseigner par le médecin prescripteur d'un acte chirurgical ou invasif
nécessitant l'utilisation d'un dispositif médical recyclable**

OBJECTIFS : Dépister les patients à risque + Définir la conduite à tenir pendant l'intervention + Informer la
Stérilisation de la procédure adéquate d'inactivation des ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels)

Date : ____ / ____ / 20 ____

Nom du chirurgien : _____

Signature du Chirurgien : _____

Nom et prénom du patient : _____

Nom de jeune fille (le cas échéant) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____

DETERMINATION DU NIVEAU DE RISQUE PAR RAPPORT AU PATIENT

cocher la case qui convient

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tout patient qui est susceptible d'héberger le prion nouveau variant du fait de la consommation de viande provenant d'animaux porteurs d'encéphalopathie spongiforme bovine 	<p>→ Patient sans caractéristique particulière</p> <input type="checkbox"/> CATEGORIE 1
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patient traité par hormones de croissance extractives ? <li style="text-align: center;"><u>ou</u> ▶ Patient ayant subi une intervention ou exploration neurochirurgicale avec ouverture de la dure-mère en France (avant 1995) ou à l'étranger (quelle que soit la date) ? <li style="text-align: center;"><u>ou</u> ▶ Patient dont un membre de la famille a présenté une ESST ? <li style="text-align: center;"><u>ou</u> ▶ Patient ayant reçu des produits sanguins labiles provenant de donneurs rétrospectivement atteints de variant de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob (et informé du fait que le lot reçu avait un risque d'être contaminant) 	<p>→ Patient avec facteurs de risque individuel d'Encéphalopathie Spongiforme Subaiguë Transmissible (ESST)</p> <input type="checkbox"/> CATEGORIE 2
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Suspensions cliniques évoquées devant des troubles neurologiques, intellectuelles ou psychiatriques justifiant l'application de mesures maximales ? <p><i>NB : Sachant que le diagnostic de certitude ne peut être apporté que par examen anatomo-pathologique du cerveau après le décès du patient</i></p>	<p>→ Patient suspect ou atteint de la maladie de CREUTZFELDT-JAKOB</p> <input type="checkbox"/> CATEGORIE 3

DETERMINATION DU NIVEAU DE RISQUE PAR RAPPORT A L'ACTE ET DONC AU(X) TISSU(S) CONCERNE(S)

cocher la case qui convient

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Système nerveux central (y compris l'hypophyse, la dure-mère et le liquide céphalo-rachidien) ? <li style="text-align: center;"><u>ou</u> ▶ Oeil et nerf optique ? <li style="text-align: center;"><u>ou</u> ▶ Formations lymphoïdes organisées comportant des centres germinatifs : rate, ganglions lymphatiques, amygdales, appendice, plaques de Peyer (et formations équivalentes du gros intestin, du rectum et du carrefour aérodigestif) ? 	<p>→ Tissu à HAUT RISQUE d'infectiosité</p> <input type="checkbox"/> B
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autres tissus ? (ne contenant pas de concentration particulière de PrPSO du nouveau ESST) 	<p>→ Tissu à FAIBLE RISQUE d'infectiosité</p> <input type="checkbox"/> A

PROCEDURE D'INACTIVATION DES ATNC POUR LES DISPOSITIFS MEDICAUX RECYCLABLES

cocher la case qui convient

Type de procédure	Groupe II	Groupe III	Groupe IV	Groupe V
Niveau de risque global	1A	1B, 2A	2B	3A, 3B
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ INDICATION du groupe à reporter sur la Fiche en T jointe