



Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

**PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE CARDIAQUES CHEZ LES
PATIENTS PÉDIATRIQUES – 2018**

2 janvier 2018

VERSION FINALE

Groupe de travail : Bonita Lee (présidente), Joanne Langley, Marie-Astrid Lefebvre, Jeannette Comeau, Jenine Leal, Patricia Bedard, Allana Ivany (PCI), Kelly Choi (ASPC), Robyn Mitchell (ASPC) et Kanchana Amaratunga (ASPC).

Personne-ressource :

Agence de la santé publique du Canada

Surveillance du PCSIN

Télécopieur : 613-946-0678

Courriel : cnisp.pcsin@phac-aspc.gc.ca

Adresse postale : Agence de la santé publique du Canada

130, chemin Colonnade, PL6504B

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE CARDIAQUES CHEZ LES PATIENTS PÉDIATRIQUES – 2018

I. OBJECTIFS

Mettre en place une surveillance continue des infections du site opératoire (ISO) cardiaques chez les patients pédiatriques au sein du réseau hospitalier du PCSIN.

Les objectifs précis de la présente surveillance sont de :

1. déterminer les taux d'ISO cardiaques associées aux soins de santé chez les sujets les patients de moins de 18 ans à l'échelle du Canada,
2. déterminer les facteurs de risque associés aux ISO cardiaques chez les patients pédiatriques,
3. fournir des données pour l'élaboration de lignes directrices en matière de prévention et de prise en charge des ISO cardiaques chez les patients pédiatriques.

II. MÉTHODES

A. Plan de surveillance

Il s'agit d'exercer une surveillance continue et prospective des ISO chez les enfants (de moins de 18 ans) qui ont subi une chirurgie cardiaque à cœur ouvert.

B. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les hôpitaux qui font partie du réseau du PCSIN et qui réalisent des chirurgies cardiaques à cœur ouvert chez les patients pédiatriques.

Critères d'inclusion :

- Chirurgie réalisée dans un établissement participant au PCSIN.
- Chirurgies nécessitant une circulation extracorporelle.
- ISO diagnostiquée dans un établissement participant au PCSIN (si une ISO a été diagnostiquée dans votre hôpital, mais que la chirurgie a été réalisée dans un autre établissement participant au PCSIN, veuillez signaler l'ISO à cet établissement).

Critères d'exclusion :

- Chirurgies lors desquelles le patient est décédé en salle d'opération ou dans les 24 heures après la chirurgie.

C. Période de surveillance

Les infections apparues dans les 90 jours (3 mois) suivant l'intervention (ou 30 jours en cas d'ISO superficielle) seront compilées et devront être signalées rétrospectivement, selon la date de la chirurgie.

D. Données servant de numérateurs

La principale mesure des résultats est l'apparition chez un patient pédiatrique d'une infection du site opératoire associée aux soins de santé après une chirurgie à cœur ouvert nécessitant une circulation extracorporelle, telle que définie selon le National Health and Safety Network (NHSN) (annexe A) (voir aussi les critères d'inclusion et d'exclusion).

E. Données servant de dénominateurs

Chaque hôpital participant présentera les données suivantes utilisées en guise de dénominateur (annexe C) :

- a) le nombre de chirurgies à cœur ouvert nécessitant une circulation extracorporelle;
- b) le nombre de chirurgies par lieu de la fermeture du sternum.

Conformément aux lignes directrices du NHSN, un passage unique en salle d'opération, où dans lequel de multiples interventions sont effectuées, sera compté comme une contribution unique aux données du dénominateur. La durée des interventions sera combinée d'après l'heure de début et l'heure de fin de toutes les interventions. Les patients peuvent être inclus dans les données servant de dénominateurs plus d'une fois pendant la période de surveillance s'ils subissent plus d'une chirurgie à cœur ouvert qui nécessite des passages distincts en salle d'opération.

F. Collecte de données et signalement

Les patients de moins de 18 ans présentant une ISO après une chirurgie cardiaque à cœur ouvert nécessitant une circulation extracorporelle seront recensés dans chaque établissement participant au PCSIN au moyen de la meilleure méthode permettant de repérer les chirurgies et les cas d'ISO, notamment :

- examen des résultats du laboratoire de microbiologie,
- examen du dossier du patient;
- examen des notes du médecin;
- signalement du personnel clinique;
- examen des systèmes internes de collecte des données sur la sécurité des patients.

Chaque fois qu'on repère une ISO cardiaque répondant aux critères, un questionnaire du patient est rempli (annexe B). Tous les formulaires dûment remplis doivent être envoyés par courriel électronique au PCSIN à l'adresse courriel ci-dessous. Conservez une copie pour vos dossiers. Si les

documents ne peuvent être envoyés par courriel, veuillez les envoyer par télécopieur ou par la poste et informer le PCSIN par courriel que les formulaires ont été envoyés ainsi.

Si l'hôpital qui détecte l'infection n'est pas celui où la chirurgie a été réalisée, il doit aviser l'hôpital où a eu lieu ladite chirurgie. Si l'hôpital où a eu lieu la chirurgie participe au PCSIN, il doit alors signaler l'ISO au PCSIN s'il participe au projet de surveillance.

Si une deuxième infection du site opératoire est observée après la même chirurgie, veuillez remplir un autre questionnaire du patient et lui attribuer le même numéro d'identification unique du patient, auquel on ajoute une lettre minuscule (p. ex. 07A18001**b**).

Veuillez envoyer les données à l'adresse suivante :

Courriel : cnisp.pcsin@phac-aspc.gc.ca

Agence de la santé publique du Canada

Agent de surveillance du PCSIN

Télécopieur : 613-946-0678

Adresse postale : Agence de la santé publique du Canada

130, chemin Colonnade, PL6504B

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Annexe A

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DES ISO CARDIAQUES CHEZ LES PATIENTS PÉDIATRIQUES - 2016

Lexique relatif au formulaire de renseignements sur le patient – définitions et notes

1. Numéro de l'établissement affilié au CCEH

Il s'agit du code alphanumérique à **trois caractères** attribué à votre établissement. Il commence toujours par les deux (2) chiffres désignant le membre qui vous représente au CCEH (p. ex. 07, 15) qui sont suivis de la lettre attribuée par le membre du CCEH à l'établissement en question (p. ex. A, B, C, etc.). Le numéro de chaque établissement où le CCEH exerce une surveillance doit demeurer le même pour l'ensemble des projets de surveillance du CCEH et du PCSIN et comprend toujours les trois (3) caractères du code alphanumérique désignant l'établissement où le CCEH exerce une surveillance (p. ex. 07A, 15A).

2. Code d'identification unique du patient

Ce code ne doit jamais être composé de plus de huit (8) caractères. Ces huit (8) caractères sont les suivants : trois caractères (3) correspondant au numéro de l'établissement affilié au CCEH (p. ex. 09A), deux (2) caractères pour l'année de l'intervention chirurgicale (p. ex. 18), puis un numéro séquentiel à trois (3) caractères commençant à 001 et incrémenté de un pour chaque cas additionnel. Par exemple, le premier cas d'un établissement se verrait attribuer le code 09A18001. Le trente-cinquième cas sera numéroté 09A18035, et ainsi de suite. Si plus d'une infection du site opératoire est associée à la même chirurgie, ajoutez une lettre minuscule à la fin du numéro d'identification du cas (p. ex. 07A18001**b**).

Remarque : Évitez de mettre des tirets entre les ensembles de caractères.

3. Date de naissance

Veillez inscrire le jour (chiffres), le mois (mai) et l'année (2006), dans cet ordre.

4. Sexe

Cochez homme ou femme, selon le cas.

5. Date de la détection de l'ISO

Veillez inscrire la date à laquelle l'infection du site opératoire a été détectée, selon le format Jour (chiffres), Mois (mai), Année (2018). La date de la détection de l'ISO peut correspondre à la date d'apparition de l'infection, à la date de l'obtention d'une culture positive ou à la date du diagnostic.

6. Type d'ISO

Veillez ne cocher qu'un seul choix parmi les suivants : infection du site opératoire superficielle associée à une incision, infection du site opératoire profonde associée à une incision ou infection du site opératoire associée à un organe ou à un espace.

Une **infection du site opératoire superficielle associée à une incision** doit répondre aux critères suivants :

L'infection survient dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale et atteint seulement la peau ou les tissus cutanés et au moins **UN** des éléments suivants est présent :

- a) écoulement purulent provenant de l'incision superficielle;
- b) microorganismes isolés à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé de manière aseptique et provenant de l'incision superficielle;
- c) au moins **UN** des signes ou symptômes d'infection suivants :
 - douleur ou sensibilité, tuméfaction, rougeur ou chaleur localisées et réouverture de la plaie superficielle par le chirurgien, et résultat positif à la culture ou absence de mise en culture. Les résultats négatifs à la culture ne répondent pas à ce critère.
 - diagnostic d'ISO superficielle associée à une incision posé par le chirurgien ou le médecin traitant.

Une **infection du site opératoire profonde associée à une incision** doit répondre aux critères suivants :

L'infection survient dans un délai de 90 jours après l'intervention chirurgicale et l'infection semble être liée à l'intervention chirurgicale **ET** touche les tissus mous profonds (p. ex. fascia et/ou muscle) incisé **ET** au moins **UN** des éléments suivants est présent :

- a) écoulement purulent provenant de l'incision profonde, mais pas à partir du organe/espace du site opératoire;
- b) déhiscence du fascia, ou fascia délibérément séparé par le chirurgien, et résultat positif à la culture ou absence de mise en culture lorsque le patient présente au moins un des signes ou des symptômes suivants : fièvre (> 38 °C), ou douleur ou sensibilité localisée. Les résultats négatifs à la culture ne répondent pas à ce critère.
- c) présence d'un abcès ou de tout autre signe d'infection associé à l'incision profonde observé par examen direct ou lors d'une nouvelle intervention ou d'un examen histopathologique ou radiologique;
- d) diagnostic d'ISO profonde associée à une incision posé par le chirurgien ou le médecin traitant.

Une **infection du site opératoire associée à un organe ou à un espace** doit répondre aux critères suivants :

L'infection survient dans un délai de 90 jours après l'intervention chirurgicale, semble liée à l'intervention chirurgicale **ET** elle touche n'importe quelle partie de l'organisme, à l'exclusion de l'incision cutanée, du fascia ou des muscles qui ont été ouverts ou manipulés lors de l'intervention **ET** au moins **UN** des éléments suivants est présent :

- a) écoulement purulent par un drain placé au moyen d'une incision dans l'organe ou l'espace;

- b) microorganismes isolés à partir d'une culture d'un tissu ou d'un liquide prélevé de manière aseptique et provenant d'un organe ou d'un espace;
- c) présence d'un abcès ou de tout autre signe d'infection associé à un organe ou un espace observé par examen direct ou lors d'une nouvelle intervention ou d'un examen histopathologique ou radiologique.

¹ Objet, matière ou tissu d'origine autre qu'humaine qui est installé en permanence dans un corps humain lors d'une intervention chirurgicale et qui n'est généralement pas manipulé à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Il s'agit notamment de valves cardiaques porcines ou synthétiques, d'un cœur mécanique, de tiges en métal, de filet, d'agrafes sternales, de vis, de ciment chirurgical et d'autres dispositifs.

7. Analyses microbiologiques

Veillez indiquer les résultats des analyses microbiologiques. Si aucun prélèvement n'a été obtenu ou si les résultats de la mise en culture sont négatifs, passez à la question 11.

8. Siège de la culture positive

Veillez cocher la case correspondante si le prélèvement dont les résultats sont positifs a été effectué dans la région de l'incision thoracique (principale). Sinon, cochez la case « Autre » et précisez le site du prélèvement. Les autres sites sont définis comme un aspirat (osseux, médiastinal, etc.) ou un tube de drainage de plaie (p. ex. Jackson-Pratt dans l'incision thoracique, etc.).

9. Pathogène(s) isolé(s)

Veillez cocher tous les pathogènes isolés dans l'ISO tels que signalés par le laboratoire. Si la case « Autre » est cochée, veuillez préciser le microorganisme.

10. Résultats des antibiogrammes

Veillez indiquer la sensibilité/résistance des microorganismes.
(S = sensible, I = intermédiaire ou R = résistant) aux antibiotiques testés.

11. Date de la chirurgie

Veillez inscrire le jour (chiffres), le mois (mai) et l'année (2018), dans cet ordre.

12. Type de chirurgie

Veillez indiquer tous les types de chirurgies pratiquées (c.-à-d. réparation d'anomalies congénitales) en cochant **TOUTES** les cases appropriées.

13. Fermeture retardée du sternum

Veillez indiquer si la chirurgie comportait une fermeture retardée du sternum (c.-à-d. si l'incision cutanée était fermée, mais non le sternum).

14. Lieu où la fermeture du sternum a été effectuée

Veillez indiquer si la fermeture retardée du sternum a été effectuée à l'unité des soins intensifs, à la salle d'opération ou ailleurs.

15. Date de la fermeture du sternum

En cas de fermeture retardée du sternum, veuillez indiquer le jour (chiffres), le mois (mai) et l'année (2018) où elle a été effectuée.

16. État du patient 30 jours après l'apparition de l'infection

Veillez indiquer si le patient était en vie à l'unité de soins intensifs, s'il était en vie et hospitalisé ailleurs qu'aux soins intensifs, s'il a obtenu son congé, s'il est décédé (à l'hôpital) ou si son statut était inconnu 30 jours après l'apparition de l'infection.

17. Si le patient est décédé, quelle est la relation entre le décès et l'ISO?

Si vous avez répondu « décédé » à la question 18, vous **DEVEZ** répondre à cette question. Par rapport au décès du patient, veuillez indiquer si l'ISO était une cause directe ou une cause indirecte (facteur contributif), si elle était non reliée ou si le lien était indéterminé. Veuillez cocher **UNE** seule réponse.

Annexe B – QUESTIONNAIRE DU PATIENT RELATIF À LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE CARDIAQUES CHEZ LES PATIENTS PÉDIATRIQUES, 2018

1	N° de l'établissement affilié au CCEH : _____	
2	Code d'identification unique du patient _____ 18 _____ <i>(n° d'établissement membre du CCEH) (année) (numéro du cas)</i>	
3	Date de naissance :	____ / ____ / ____ <i>JJ MM AAAA</i>
4	Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
5	Date de la détection de l'ISO :	____ / ____ / ____ <i>JJ MM AAAA</i>
6	Le patient répond-il aux critères définis pour l'une des infections du site opératoire suivantes (veuillez ne cocher qu' <u>un</u> seul choix) : (Le lexique présente les définitions des différentes ISO.)	<input type="checkbox"/> Infection du site opératoire SUPERFICIELLE associée à une incision <input type="checkbox"/> Infection du site opératoire PROFONDE associée à une incision <input type="checkbox"/> Infection du site opératoire associée à un ORGANE/ESPACE
7	Analyses microbiologiques	<input type="checkbox"/> Culture positive <input type="checkbox"/> Culture négative (passez à la question 11) <input type="checkbox"/> Non analysé (passez à la question 11)
8	Site du prélèvement dont la mise en culture a donné des résultats positifs :	<input type="checkbox"/> Incision <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____
9	Pathogène(s) isolé(s) : (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)	<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> SARM <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Staphylocoques à coagulase négative <input type="checkbox"/> Espèces d' <i>entérocoques</i> ERV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Espèces de streptocoques (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Espèces d' <i>entérobactéries</i> <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> <input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter baumannii</i> <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella oxytoca</i> <input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <input type="checkbox"/> Espèces de <i>Candida</i> Autre : _____



N° de l'établissement affilié au CCEH : _____ Code d'identification unique du patient : _____ 18 _____

10 Veuillez indiquer la sensibilité/résistance des microorganismes à l'un des agents antimicrobiens/antifongiques suivants :
(R pour résistant, S pour sensible, I pour intermédiaire)

	Genre et espèce de l'organisme 1 :	Genre et espèce de l'organisme 2 :	Genre et espèce de l'organisme 3 :
Amikacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Amphotéricine B	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ampicilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Amoxicilline-acide clavulanique	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Caspofungine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfazoline (Ancef)	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfalexine (Keflex)	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfépime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfotaxime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Céfuroxime	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Clindamycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Cloxacilline/oxacilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ertapénème	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Fluconazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Gentamicine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Imipénème	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Lévofloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Linézolide	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Méropénème	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Micafungine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Moxifloxacine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Pénicilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Pipéracilline	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Pipéracilline-tazobactam	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Rifampicine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Ticarilline-acide clavulanique	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Triméthoprime-sulfaméthoxazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Tobramycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Vancomycine	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Voriconazole	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S
Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S

N° de l'établissement affilié au CCEH : ____ Code d'identification unique du patient : _____ 18 _____	
11	Date de la chirurgie : ____ / ____ / ____ <i>JJ MM AAAA</i>
12	Type de chirurgie : (Veuillez cocher toutes les interventions pratiquées.) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réparation d'une anomalie congénitale (veuillez cocher toutes les interventions pratiquées) : <input type="checkbox"/> Communication interventriculaire (CIV) <input type="checkbox"/> Résistance du canal artériel (PCA) <input type="checkbox"/> Coarctation de l'aorte <input type="checkbox"/> Tétralogie de Fallot <input type="checkbox"/> Transposition des gros vaisseaux <input type="checkbox"/> Tronc artériel commun <input type="checkbox"/> Atrésie tricuspide <input type="checkbox"/> Correction de l'anomalie totale du retour veineux pulmonaire <input type="checkbox"/> Réparation univentriculaire de l'hypoplasie du cœur gauche <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Greffe cardiaque <input type="checkbox"/> Remplacement valvulaire <input type="checkbox"/> RVA <input type="checkbox"/> RVM
13	Fermeture retardée du sternum <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (passez à la question 16)
14	Lieu où la fermeture du sternum a été effectuée <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Unité de soins intensifs <input type="checkbox"/> Salle d'opération <input type="checkbox"/> Autre : _____
15	Date de la fermeture du sternum ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Non disponible <i>JJ MM AAAA</i>
16	État du patient 30 jours après l'apparition de l'infection (Cochez UNE seule réponse.) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En vie dans votre unité de soins intensifs <input type="checkbox"/> En vie dans votre hôpital, mais pas en unité de soins intensifs <input type="checkbox"/> Sorti de l'hôpital <input type="checkbox"/> Décédé (à l'hôpital) <input type="checkbox"/> Inconnu

N° de l'établissement affilié au CCEH : _____ Code d'identification unique du patient : _____ 18 _____	
16	État du patient 30 jours après l'apparition de l'infection (Cochez UNE seule réponse.)
	<input type="checkbox"/> En vie dans votre unité de soins intensifs <input type="checkbox"/> En vie dans votre hôpital, mais pas en unité de soins intensifs <input type="checkbox"/> Sorti de l'hôpital <input type="checkbox"/> Décédé (à l'hôpital) <input type="checkbox"/> Inconnu
17.	Si le patient est décédé, quelle est la relation entre le décès et l'ISO? (Cochez UNE seule case, qui correspond à l'opinion du médecin examinant le dossier.)
	<input type="checkbox"/> Cause directe <input type="checkbox"/> Cause indirecte (facteur contributif) <input type="checkbox"/> Décès non relié <input type="checkbox"/> Lien indéterminé

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli d'ici le 31 mars 2019 par la poste, par télécopieur ou par courriel :

Agence de la santé publique du Canada

Agent de surveillance du PCSIN

Télécopieur : 613-946-0678

Courriel : cnisp.pcsin@phac-aspc.gc.ca

Adresse postale : Agence de la santé publique du Canada

130, chemin Colonnade, PL6504B

Ottawa (Ontario) K1A 0K9



Annexe C

Formulaire d'information sur le dénominateur

N° de l'établissement affilié au CCEH : _____

Période de surveillance du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018) : _____

Veillez consigner le nombre total d'interventions à cœur ouvert pratiquées chez tous les patients pédiatriques (moins de 18 ans) dans votre établissement pendant l'année civile (par exemple, du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018) :

	Sternum fermé en salle d'opération au moment de la première chirurgie	Fermeture retardée du sternum				Total
		Unité de soins intensifs	Salle d'opération	Inconnu	Total	
Total						

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli d'ici le 31 mars 2019 par la poste, par télécopieur ou par courriel :

Agence de la santé publique du Canada

Agent de surveillance du PCSIN

Télécopieur : 613-946-0678

Courriel : cnisp.pcsin@phac-aspc.gc.ca

Adresse postale : Agence de la santé publique du Canada

130, chemin Colonnade, PL6504B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9