



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Consignes de remplissage

Thème dossier du patient
en chirurgie ambulatoire
(secteur MCO)

Campagne IQSS 2022

Version modifiée suite aux retours d'établissements (juin 2022) qui n'impacte pas le calcul des indicateurs

Consignes améliorées : CA_P_24_5_1

5 indicateurs en 2022 :

- Qualité de la lettre de liaison à la sortie
- Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention
- Anticipation de la prise en charge de la douleur
- Évaluation du patient pour la sortie de la structure
- Contact entre la structure et le patient J+1 et J+3

contact.iqss@has-sante.fr

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)

Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)

Sommaire

À noter : la grille de recueil et les consignes des indicateurs de processus ont beaucoup évolué par rapport à 2019.

Pour information : Les consignes sont entièrement disponibles dans les informations bulles de la grille structure et de la grille de recueil des indicateurs de processus dans la plateforme QualHAS. Elles apparaissent et disparaissent en cliquant sur le « ? ».

Questionnaire structure de l'établissement
À remplir une fois par structure et par campagne
Données informatives sur l'organisation de l'établissement,
n'entrant pas dans l'évaluation des indicateurs

CA_struct_1	L'ES dispose d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA)	Cocher « Oui » , si l'établissement dispose d'une unité de chirurgie ambulatoire. Cocher « Non » , si l'établissement ne dispose pas d'une unité de chirurgie ambulatoire.
CA_struct_1_1	Si oui, le type d'organisation de l'UCA est intégrée :	Intégrée : Les structures intégrées disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires.
CA_struct_1_2	Si oui, le type d'organisation de l'UCA est Autonome :	Autonome : Les structures autonomes disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel.
CA_struct_1_3	Si oui, le type d'organisation de l'UCA est Satellite :	Satellite : Les structures satellites possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement.
CA_struct_1_4	Si oui, le type d'organisation de l'UCA est Indépendante :	Indépendante : Les structures indépendantes (free standing centers) possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, et sont totalement détachées d'un établissement de soins classique. Les structures indépendantes sont donc hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement.
CA_struct_1_5	Si oui, le type d'organisation de l'UCA est une unité dédiée et un bloc commun :	Unité dédiée et bloc commun
CA_struct_1_6	Si oui, le type d'organisation de l'UCA est Autre :	Autre , si votre structure ne correspond à aucune de ces situations.
CA_struct_1_6_1	Si autre, préciser :	Préciser le type, nom de la structure
CA_struct_9	Un passeport ambulatoire pour les patients pris en charge en CA	Cocher « Oui » , si le passeport ambulatoire est délivré au patient ET s'il mentionne notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Une information sur la nécessité d'un accompagnant pour le retour du lieu de résidence • Le contact avec les professionnels pour organiser le suivi post-opératoire • Une procédure pour l'organisation du suivi après la sortie Cocher « Non » , si le passeport n'est pas délivré au patient OU s'il ne comprend pas les 3 points particuliers mentionnés plus haut.

CA_struct_9_1	<u>Si non</u> : Un livret d'accueil spécifique pour les patients pris en charge en ambulatoire	<p>Cocher « Oui », si le livret d'accueil est délivré au patient ET s'il mentionne notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une information sur la nécessité d'un accompagnant pour le retour au lieu de résidence • Le contact avec les professionnels pour organiser le suivi post-opératoire • Une procédure pour l'organisation du suivi après la sortie <p>Cocher « Non », si le livret d'accueil n'est pas délivré au patient OU s'il ne comprend pas les 3 points particuliers mentionnés plus haut.</p>
CA_struct_9_2	Un entretien dédié à l'information du patient sur la prise en charge en ambulatoire (à l'exclusion des consultations réalisées par l'opérateur et par l'anesthésiste)	<p>Cocher « Oui » (chois 1 ou 2), Plusieurs réponses possibles :</p> <p>Il s'agit d'une organisation particulière mise en œuvre par certains établissements, en complément de la consultation pré-interventionnelle avec le chirurgien et l'anesthésiste. Un entretien est organisé avec le patient +/- son entourage pour expliquer le passeport ambulatoire, s'assurer qu'il a bien compris les messages essentiels et répondre à ses questions.</p> <p>Cocher « Non ». Si l'information du patient n'est réalisée que dans le cadre des consultations avec le chirurgien ou l'anesthésiste.</p>
CA_struct_11	Un chemin clinique pour la prise en charge programmée de l'enfant en CA	Chemin clinique : outil d'organisation et de planification d'une activité pluridisciplinaire, établi pour la prise en charge coordonnée des patients pour une pathologie donnée, favorisant le repérage des étapes et points essentiels à prendre en compte tout au long du parcours de soins (Cf. Recommandations organisationnelles HAS-ANAP 2013).
CA_struct_13	Une procédure écrite pour le contact de la veille (j-1)	Il s'agit d'une procédure pour le contact de la veille (j-1) par appel téléphonique, message sur répondeur et/ou sms.
CA_struct_22	Utilisez-vous systématiquement la variable mise à disposition par l'ATIH en mars 2019 ?	Répondez oui, si vous utilisez systématiquement la variable visant à renseigner une conversion en hospitalisation complète qui a été mise à disposition par l'ATIH en mars 2019.

Informations communes		
Identification - caractéristiques du dossier à analyser		
DP	Diagnostique principale du séjour	Automatique PMSI
INCLUSION_DOSSIER	Dossier	<p>Cocher « Retrouvé et analysable », si le dossier du patient est retrouvé.</p> <p>Cocher « Non retrouvé » (2), si le dossier du patient n'est pas retrouvé.</p> <p>Cocher « Retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soit exploitées » (3), si le dossier du patient est retrouvé mais qu'il est tracé dans le dossier que le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées.</p> <p><i>Si vous cochez 2 ou 3 la saisie est terminée pour ce dossier.</i></p>
CA_P_2	Dossier correspond à un patient admis pour une chirurgie programmée en ambulatoire	<p>Cocher « Oui », si le patient a été admis pour une intervention programmée en ambulatoire quelle que soit l'issue du séjour (sortie vers son lieu de résidence, séjour converti en hospitalisation complète dans le même établissement ou transfert vers un autre établissement en MCO, en SSR ou en HAD).</p> <p>À noter : Si le séjour a été converti en hospitalisation complète, il doit être codé en multi-RUM avec le 1er RUM en HP. Les patients décédés au cours du séjour sont exclus de l'évaluation des indicateurs de processus.</p> <p>Cocher « Non », si patient n'est pas admis pour une intervention programmée en ambulatoire. Dans ce cas répondez à la question CA_P_2_1.</p>
CA_P_2_1	- Si non, ce séjour concernait :	<p>Cocher « Une chirurgie programmée en hospitalisation conventionnelle ». Si l'intervention était initialement programmée le jour de l'admission, en hospitalisation conventionnelle (complète).</p> <p>Cocher « Une chirurgie initialement programmée en ambulatoire ». Si la chirurgie était initialement programmée en ambulatoire, et que l'intervention a été réalisée le lendemain, ou reportée un autre jour.</p> <p>Cocher « Une chirurgie réalisée en urgence ». Si l'intervention a été réalisée en urgence, donc non programmée et sans évaluation de l'éligibilité réalisée avant l'admission.</p>

		<p>Cocher « Un séjour sans acte de chirurgie ». Si aucun acte de chirurgie ou intervention n'a été réalisé au cours du séjour (ex : séance, coloscopie sans intervention). Cocher « Une incohérence PMSI ». S'il s'agit d'une incohérence PMSI.</p> <p>Quelle que soit la réponse, la saisie est terminée pour ce dossier.</p>
CA_P_2_2	- Si oui, le séjour correspond à :	<p>Cocher « Patient sortie contre avis médicale » (choix 1). Si le patient est sorti contre avis médical, ou fugue.</p> <p>Cocher « Patient provenant d'une autre unité » (choix 2). Si le patient provenait d'une autre unité/d'un autre service de votre ES, d'un autre ES, d'une HAD ou d'un SSR.</p> <p>Cocher « Une chirurgie ambulatoire réalisée en urgence » (choix 3). Si l'intervention en ambulatoire a été réalisée en urgence (intervention non programmée, sans évaluation de l'éligibilité réalisée dans les jours précédant l'admission). Si vous cochez 1, 2 ou 3 le séjour du patient correspond à un des critères d'exclusion et la saisie est terminée pour ce dossier.</p> <p>Cocher « Si aucun de ces critères ». Si le dossier du patient ne correspond à aucun de ces critères : la saisie continue.</p> <p><i>Si vous cochez 1, 2 ou 3 alors la saisie est terminée</i></p>
UCA	Le patient est pris en charge en UCA <i>Recueilli pour information</i>	<p>Cocher « Oui », si l'intervention a eu lieu dans l'UCA.</p> <p>Cocher « Non », si l'intervention a eu lieu en dehors de l'UCA.</p>
CA_CHIR	Acte de chirurgie réalisé	<p>Cocher « Cataracte » (choix 1). Si l'intervention est une cataracte isolée (sans autre acte de chirurgie associé).</p> <p>Cocher « Cataracte » (choix 2). Si l'intervention est une chirurgie de cataracte combinée à une autre intervention sur l'œil (ex : chirurgie pour glaucome, décollement de rétine...).</p> <p>Cocher « Autre chirurgie ophtalmique » (choix 3). Si l'intervention est une autre chirurgie ophtalmique (donc en dehors d'une chirurgie de cataracte isolée ou combinée).</p> <p>Cocher « Autre » (choix 4). Autre chirurgie</p> <p><i>Si vous cochez 1, 2 ou 3, le dossier n'est pas éligible aux questions relatives à indicateur DLR.</i></p> <p><i>Si vous cochez 4. Préciser de quelle intervention il s'agit dans la question CA_CHIR_1.</i></p>

CA_CHIR_1	Si autre, préciser :	Préciser l'intervention programmée en ambulatoire pour laquelle le patient a été hospitalisé.
CA_ANESTH	L'intervention a été réalisée (type d'anesthésie) :	<p>Cocher « Anesthésie locale stricte ». Si l'intervention a été réalisée sous anesthésie locale stricte.</p> <p>Cocher « Anesthésie topique ». Si l'intervention a été réalisée sous anesthésie topique.</p> <p>Cocher « Anesthésie loco-régionale ». Si l'intervention a été réalisée sous anesthésie loco-régionale.</p> <p>Cocher « Anesthésie générale ». Si l'intervention a été réalisée sous anesthésie générale.</p> <p>Cocher « Hypnose ». Si l'intervention a été réalisée sous hypnose.</p> <p>Cocher « Ne sait pas ». Si vous ne savez pas sous quel type d'anesthésie l'intervention a été réalisée</p>
MED_TT	Le patient a déclaré un médecin traitant	<p>L'information sur le médecin traitant déclaré est à rechercher dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Oui », s'il est retrouvé une trace d'un médecin traitant déclaré dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Non », s'il est tracé dans le dossier que le patient n'a pas de médecin traitant déclaré.</p> <p>Cocher « Ne sait pas », si aucune information sur un médecin traitant déclaré n'est retrouvée ou si cette information est illisible.</p> <p>Exemples : le médecin traitant peut être le médecin généraliste, le pédiatre, le gynécologue, le psychiatre, le gériatre ...</p>
SORTIE_DOM	Le patient est sorti le jour même vers son lieu de résidence (domicile, chez des membres de sa famille, structure d'hébergement médico-sociale où le patient réside)	<p>Cocher « Oui », si le patient est sorti comme prévu le jour même de son hospitalisation, et qu'il est sorti vers son lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale, ou chez des membres de sa famille).</p> <p>Cocher « Non », dans toute autre situation : si le patient n'est pas sorti comme prévu le jour même de son intervention vers son lieu de résidence, OU s'il est sorti le jour même mais vers une autre destination que son lieu de résidence.</p> <p>Dans ce cas, préciser le motif d'absence de sortie le jour même vers le lieu de résidence, dans la question SORTIE_DOM_1</p>

SORTIE_DOM_1	Si "non", s'agit-il :	<p>Cocher « Transfert » (choix 1). Si le patient a été transféré après son intervention vers un autre service de votre établissement de santé : il s'agit d'une conversion en hospitalisation complète.</p> <p>Cocher « Transfert » (choix 2). Si le patient a été transféré après son intervention vers un autre établissement de santé (MCO) : il s'agit d'une conversion en hospitalisation complète.</p> <p>Cocher « Transfert » (choix 3). Si le patient a été transféré après son intervention en SSR ou en HAD.</p> <p>Cocher « Décès » (choix 4). Si le patient est décédé au cours du séjour. Dans ce cas, la saisie est terminée et un dossier de réserve est ouvert.</p> <p>Cocher « Autre » (choix 5).</p> <p>Cocher « Hôtel hospitalier » (choix 6) (sans soins)</p> <p><i>Si vous cochez 1, 2, ou 3, et/ou que le séjour ait été converti en hospitalisation complète, le dossier n'est pas éligible aux questions relatives aux indicateurs QLS et CSP (évaluation de la qualité de la lettre de liaison à la sortie et contact à J+1 et J+3).</i></p> <p><i>Si vous cochez 4, 5 ou 6, le dossier est exclu et un dossier de réserve est ouvert.</i></p>
--------------	-----------------------	---

Indicateur : Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention

CA_P_7	Une évaluation réalisée à l'admission de l'éligibilité du patient à l'intervention est retrouvée dans le dossier du patient	<p>Il s'agit de s'assurer lors de l'accueil du patient à J0 du respect des consignes requises spécifiquement pour la réalisation de l'intervention en ambulatoire (Cf. Check-list J0 accueil HAS-ANAP 2013).</p> <p>Attention : Il ne s'agit pas de l'évaluation de l'éligibilité du patient à la chirurgie en ambulatoire réalisée <u>avant l'admission</u> par le chirurgien (opérateur) et/ou l'anesthésiste (Cf. Check-list « critères de sélection pour la chirurgie ambulatoire » HAS-ANAP 2013).</p> <p>Cocher « Oui » (choix 1), si la trace de cette évaluation réalisée et datée du jour de l'admission est retrouvée dans le dossier du patient sous la forme d'une check-list type accueil à J0.</p> <p>Cocher « Oui » (choix 2), si la trace de cette évaluation réalisée et datée du jour de l'admission est retrouvée dans le dossier du patient sous <u>une autre modalité que la check-list</u> à J0.</p> <p>Cocher « Non », si aucune trace d'une évaluation réalisée et datée du jour de l'admission n'est retrouvée dans le dossier du patient.</p> <p>Si vous avez coché "Oui", répondez aux questions CA_P_7_5 à 8.</p>
CA_P_7_5	Si oui, la vérification des consignes de jeûne liées à l'intervention est tracée dans le dossier	<p>Cocher « Oui », si vous retrouvez la trace de la vérification des consignes de jeûne en rapport avec l'intervention OU la trace de l'absence de consignes de jeûne à respecter pour cette intervention.</p> <p>Cocher « Non », si aucune trace de la vérification de ces consignes n'est retrouvée dans le dossier du patient.</p>
CA_P_7_6	Si oui, la vérification des consignes de jeûne liées à l'intervention est tracée dans le dossier	<p>Cocher « Oui », si vous retrouvez la trace de la vérification des consignes d'hygiène en rapport avec l'intervention.</p> <p>Cocher « Non », si aucune trace de la vérification de ces consignes (exemple, douche) n'est retrouvée dans le dossier du patient.</p>
CA_P_7_7	Si oui, la vérification des signes d'infection liés à l'intervention est tracée dans le dossier	<p>Cocher « Oui », si vous retrouvez la trace de la vérification des signes d'infection à rechercher, qui pourraient compromettre la réalisation de l'intervention (exemple, prise de la température à l'admission) OU que l'infection est le motif de l'intervention.</p> <p>Cocher « Non », si aucune trace de la vérification des signes d'infection n'est retrouvée dans le dossier du patient.</p>

CA_P_7_8	Si oui, la vérification de l'organisation du retour liée à l'intervention est tracée dans le dossier	Cocher « Oui » , si vous retrouvez la trace de l'organisation du retour (exemple : présence d'un accompagnant de la structure au lieu de résidence (domicile, centre d'hébergement médico-social ou membres de la famille) ou d'un accompagnant de la structure au moyen de transport avec chauffeur que prend le patient (public, taxi...)). Cocher « Non » , si vous ne trouvez aucune trace de la vérification de l'organisation du retour (retour au lieu de résidence).
----------	--	---

Indicateur : Anticipation de la prise en charge de la douleur

CA_P_12_1	La trace de l'anticipation avant l'admission de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans le dossier du patient	<p>L'anticipation <u>avant l'admission</u> de la prise en charge de la douleur est à rechercher dans le dossier du patient, notamment dans tout document réalisé avant l'admission (ex : Comptes-rendus des consultations pré-opératoires), hors chirurgie ophtalmique.</p> <p>Il s'agit de traitements antalgiques, et de toute molécule à action antalgique. Cette pratique requise pour toute intervention en ambulatoire, n'est pas consensuelle pour la chirurgie ophtalmique.</p> <p>Cocher « Prescription d'antalgiques datée d'avant l'admission ». S'il est retrouvé dans le dossier du patient la prescription d'antalgiques datée d'avant l'admission ou une copie de la prescription OU si la prescription d'antalgiques datée d'avant l'admission est tracée dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Mention datée d'avant l'admission précisant que le patient a déjà des antalgiques au domicile ». Si une mention datée d'avant l'admission précisant que le patient a déjà des antalgiques au domicile (ex patient douloureux chronique sous traitement, avec adaptation de la dose si nécessaire) est retrouvée dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Aucune trace d'anticipation de la prise en charge de la douleur ». Si aucune trace de l'anticipation de la prise en charge de la douleur par les 2 situations ci-dessus n'est retrouvée dans le dossier du patient.</p>
-----------	---	--

Indicateur : Évaluation du patient pour la sortie de la structure		
CA_P_13	La trace d'une évaluation pour la sortie du patient est retrouvée dans le dossier	<p>Cocher « Oui », si la trace d'une évaluation du patient pour la sortie est retrouvée dans le dossier.</p> <p>Cocher « Non », si aucune trace d'une évaluation du patient pour la sortie n'est retrouvée dans le dossier.</p>
CA_P_13_1	- <u>Si oui</u> , l'évaluation pour la sortie repose sur :	<p><i>Cette question est posée pour information, et n'entre pas dans le calcul du score.</i></p> <p>Cocher « Score de Chung ». Si cette évaluation est réalisée avec un score de Chung.</p> <p>Cocher « Autre ». Si cette évaluation est réalisée avec une modalité autre que le score de Chung.</p>
CA_P_13_2	- <u>Si oui</u> , elle évalue avec une échelle la douleur à la sortie	<p>Cocher « Oui », si l'évaluation à la sortie comporte une évaluation de la douleur avec une échelle. Il peut s'agir d'une échelle verbale simple (EVS), échelle numérique simple en cm (ENS), échelle visuelle analogique (EVA) en cm ou en mm, échelle numérique en mm (EN)...</p> <p>Cocher « Non », si l'évaluation à la sortie ne comporte pas une évaluation de la douleur ou si la douleur n'est pas évaluée avec une échelle.</p>
CA_P_13_3	- <u>Si oui</u> , elle évalue les nausées et vomissements à la sortie	<p>Cocher « Oui », si l'évaluation à la sortie comporte une évaluation des nausées et vomissements.</p> <p>Cocher « Non », si l'évaluation à la sortie ne comporte pas une évaluation des nausées et vomissements.</p>

Indicateur : Qualité de la lettre de liaison à la sortie

<p>QLS_1</p>	<p>Lettre de liaison à la sortie retrouvée</p>	<p>La lettre de liaison est tout document rédigé le jour de la sortie d'un séjour hospitalier, ayant pour vocation d'être remis au patient. Elle synthétise la prise en charge, les points de vigilance et de suivi et les changements thérapeutiques au cours du séjour. Elle doit favoriser la continuité des soins et assurer la transmission des informations au patient et au médecin traitant. (Cf décret 2016 sur la lettre de liaison à la sortie).</p> <p>Cocher « Oui », si une lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Non », si aucune lettre de liaison n'est retrouvée à la sortie dans le dossier du patient. Dans ce cas, la saisie des données est terminée pour l'indicateur QLS.</p> <p>Précisions: A ce jour la lettre de liaison et le bulletin de sortie sont réglementaires pour la chirurgie ambulatoire.</p> <p>Remarque : une ordonnance de sortie, une fiche de liaison infirmière ne sont pas considérées comme une lettre de liaison.</p>
<p>CA_P_14_1</p>	<p>La lettre de liaison est datée du jour de la sortie du patient de la structure</p>	<p>Cocher « Oui », si la lettre de liaison est retrouvée, datée ET si la date est celle du jour de la sortie.</p> <p>Cocher « Non », si la date de la lettre de liaison est postérieure à la date de sortie.</p> <p>Cocher « Ne sait pas », si la lettre de liaison n'est pas datée ou si la date est illisible.</p> <p>La date de sortie correspond pour ces dossiers à la date d'admission, et par conséquent à la date de réalisation de l'intervention.</p> <p>Remarque : S'il est coché « Non » ou « Ne sait pas » alors la saisie des données est terminée pour l'indicateur QLS.</p>

Les questions ci-dessous, de QLS_3 à QLS_7, sont activées si et seulement si QLS_1 = 1 .Oui ET CA_P_14_1 = 1 .Oui

<p>QLS_3</p>	<p>Remise de la lettre de liaison au patient tracée</p>	<p>Une lettre de liaison est remise au patient par le médecin ou un des membres de l'équipe de soins le jour de la sortie du patient.</p> <p>Cocher « Oui », si une mention de la remise de la lettre de liaison au patient à la sortie est retrouvée dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Non », si aucune mention de la remise de la lettre de liaison au patient à la sortie n'est retrouvée dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient ou si l'information es illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il s'agit de rechercher une trace de la remise de la lettre de liaison au patient ou à son représentant légal (parent ou personne ayant l'autorité parentale de mineur ou tuteur d'un adulte sous tutelle) ou à la personne de confiance*. - cette trace est recherchée dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient. -les termes « remis au patient », « remis à Mr. / Mme X », « à remettre au patient » avec la case correspondante cochée, ... sont acceptés, ainsi que la signature du patient sur une copie du document attestant sa remise. -les modalités de remise peuvent être la remise en main propre au patient ou bien la lettre de liaison versée dans son dossier médical personnalisé (DMP) ou via une application smartphone (téléphone mobile, écran tactile, ordinateur portable du patient...). <p>La consigne papier précise les cas particuliers comme « les patients détenus ou mineurs » et les références réglementaires.</p>
--------------	---	--

		<p>- Concernant les patients détenus : la lettre devra être dépourvue d'informations d'ordre spatio-temporel afin de prévenir le risque de planification d'évasion ou de tout autre incident, conformément aux dispositions du code de procédure pénale, de la circulaire du 18 novembre 2004 et du Guide méthodologique « prise en charge sanitaire des PPSMJ;</p> <p>- Concernant les patients mineurs, la sortie d'hospitalisation d'un patient mineur, en l'absence des titulaires de l'autorité parentale, ne peut être réalisée que par une personne tiers disposant d'un formulaire d'autorisation des titulaires de l'autorité parentale préalablement rempli. Dans le cadre de cette sortie, est remise à l'accompagnant disposant d'une telle autorisation, la lettre de liaison (ainsi que tous les autres documents nécessaires à la sortie du patient). Selon le degré de maturité du patient mineur, à partir de 16 ans, la lettre de liaison peut lui être directement remise et l'information sur le contenu de cette lettre directement délivrée. (*Cf. Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.)</p>
QLS_3_1	Si non, refus tracé du patient de recevoir sa lettre de liaison.	<p>Cocher « Oui », s'il est tracé dans le dossier que le patient a refusé de recevoir sa lettre de liaison.</p> <p>Cocher « Non », si aucune trace du refus du patient n'est retrouvée dans le dossier ou si l'information est illisible.</p>
QLS_3_1_1	Si non, autre justification de la non-remise au patient de sa lettre de liaison tracée	<p>Cocher « Oui », si la non-remise de la lettre de liaison est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit justifiée par des motifs médicaux ou légaux, - soit dûment justifiée par l'établissement. <p>Cette justification doit être tracée dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Non », si aucune justification de la non-remise de la lettre de liaison au patient n'est tracée dans le dossier du patient ou lorsque l'information est illisible.</p>

Retrouve-t-on les éléments suivants tracés dans la lettre de liaison à la sortie ?		
QLS_4	Identification du médecin traitant	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse « Oui » a été cochée à la question MED_TT.</p> <p>Cocher « Oui » si l'identification du médecin traitant est retrouvée de façon lisible dans la lettre de liaison à la sortie. Il s'agit du nom ET de l'adresse (postale ou électronique). L'adresse (postale ou électronique) peut également être recherchée dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Non » si au moins un des éléments est manquant dans la lettre de liaison à la sortie, ou lorsque l'information est illisible.</p> <p>Remarque : quel que soit le type de prise en charge et les intervenants, le médecin traitant est destinataire de la lettre de liaison, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2 : - l'identification du médecin traitant dans la lettre de liaison est obligatoire même si le médecin qui suit le patient dans l'établissement est son médecin traitant.</p>
QLS_EMT_1	Envoi de la lettre de liaison au médecin traitant tracé	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse « Oui » a été cochée à la question MED_TT.</p> <p>Cocher « Oui », s'il est tracé dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient que la lettre de liaison a été envoyée au médecin traitant.</p> <p>Cocher « Non », si aucune trace de l'envoi au médecin traitant n'est retrouvée dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient ou lorsque l'information est illisible.</p>
QLS_EMT_1_1	Si oui, envoi au médecin traitant le jour de la sortie	<p>Cocher « Oui », S'il est tracé dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient que la lettre est transmise au médecin traitant le jour de la sortie (par papier ou messagerie sécurisée). (Concernant la chirurgie ambulatoire : le jour de sortie est également le jour d'admission pour les interventions réalisées en ambulatoire).</p> <p>Cocher « Non », si la date d'envoi n'est pas celle du jour de la sortie, ou lorsque l'information est illisible ou manquante.</p>
QLS_EMT_1_2	Si pas d'envoi, refus tracé du patient que soit adressée la lettre de liaison à son médecin traitant	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse « Non » a été cochée à la question QLS_EMT_1.</p> <p>Cocher « Oui », s'il est tracé dans le dossier du patient que le patient refuse l'envoi de la lettre de liaison à son médecin traitant.</p>

		<p>Cocher « Non », si aucune trace du refus du patient n'est retrouvée dans le dossier du patient ou si l'information est illisible.</p>
<p>Identification du patient dans la lettre de liaison</p>		
<p>QLS_5_1 à 5_4</p>	<p>Identification du patient dans la lettre de liaison</p>	<p>Pour chacun des quatre éléments d'identification suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -nom de naissance (QLS 5_1) ; -prénom (QLS 5_2) le 1er prénom de l'état civil ; -date de naissance (QLS 5_3) ; -sexe (QLS 5_4) ; <p>Cocher « Oui », lorsque l'élément est retrouvé dans la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Non », lorsque l'élément n'est pas retrouvé dans la lettre de liaison à la sortie, ou lorsqu'il est illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il convient de cocher "oui" à la question QLS 5_1 uniquement si le nom de naissance est retrouvé, quel que soit le sexe (Exemple : la mention Robert Dupont, né Dupont, est acceptée). - le nom de mariage et le nom d'usage ne peuvent pas se substituer au nom de naissance. - l'âge n'est pas accepté à la place de la date de naissance. - Le sexe est celui de l'identitovigilance (carte d'identité) - Pour le sexe, seules les mentions « masculin/féminin » ou « M/F » sont acceptées.
<p>Retrouve-t-on les éléments suivants tracés dans la lettre de liaison à la sortie ?</p>		
<p>QLS_9</p>	<p>Motif d'hospitalisation</p>	<p>Cocher « Oui », lorsque le motif d'hospitalisation est retrouvé dans la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Non », lorsque l'information n'est pas retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie ou lorsqu'elle est illisible.</p> <p>Précision : Il s'agit de la (des) raison(s) pour laquelle (lesquelles) le patient a été hospitalisé</p>

CA_P_23	Synthèse médicale du séjour dans la lettre de liaison	<p>Cocher « Oui », lorsqu'une synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour est retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie et qu'elle mentionne le cas échéant, un ou plusieurs des quatre éléments suivants dès lors qu'ils sont retrouvés dans le dossier analysé : i) événements indésirables, ii) portage ou identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, iii) administration de produits sanguins ou dérivés du sang, iv) pose d'un dispositif médical implantable.</p> <p>Précision : Un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. Pour plus d'informations, les définitions sont accessibles au lien suivant :</p> <p>https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs</p> <p>Exemples d'évènements indésirables associés aux soins : chute, infection, hémorragie, douleur, réaction allergique, ...</p> <p>Cocher « Non », lorsqu'il n'y a pas de synthèse médicale dans la lettre de liaison à la sortie ou lorsqu'elle est illisible OU si la synthèse médicale ne comporte pas la mention d'un ou plusieurs des 4 éléments suivants malgré leur présence dans le dossier analysé (portage ou identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, administration de produits sanguins ou dérivés du sang et/ou pose d'un dispositif médical implantable).</p> <p>Exemples : sont acceptés comme l'absence d'EIG les mentions « les suites immédiates ont été simples » ou « évolution clinique dans le service satisfaisante et favorable » ou « intervention fut simple ainsi que l'évolution post-op »</p> <p>Cf se reporter à la note en annexe en fin du document « Les éléments attendus dans la synthèse médicale de séjour ».</p>
---------	---	---

Traitement médicamenteux		
CA_P_24	Traitements médicamenteux de sortie après une chirurgie ambulatoire (hors poursuite du traitement habituel)	<p>Tout patient doit après son intervention en ambulatoire sortir avec une information tracée dans sa lettre de liaison sur son traitement médicamenteux.</p> <p>Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescriptions d'antalgiques anticipées et/ou remises à la sortie avec ou sans modification, ou - de prescriptions autres qu'antalgiques si applicables - ou du traitement habituel modifié. <p>Les traitements sont retrouvés dans la lettre de liaison ou annexés à cette lettre, avec un appel dans le corps du document (ex : mention « ordonnances jointes ») ou agrafées au document. Les copies d'ordonnances ne sont pas prises en compte si elles sont uniquement dans le dossier du patient, sans être dans ou annexées à la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Oui », si une trace écrite du traitement médicamenteux de sortie est retrouvée dans la lettre de liaison, y compris une modification du traitement habituel. La qualité de ces prescriptions est évaluée par les questions QLS_13_3_1 à QLS_13_3_4.</p> <p>Cocher « Non », si vous ne trouvez pas dans la lettre de liaison de traitement médicamenteux de sortie ou si ce traitement est illisible ou si le patient sort avec son traitement habituel non modifié</p> <p>Remarque : L'information sur le traitement habituel est recherchée dans la lettre de liaison à la sortie et est évaluée dans la question CA_P_24_5.</p>

<p>QLS 13_3_1 QLS 13_3_2 QLS 13_3_3 QLS 13_3_4</p>	<p>Si Oui, éléments retrouvés sur les traitements médicamenteux de sortie</p>	<p>Répondre à ces questions uniquement si la réponse « Oui » a été cochée à la question CA_P_24. Ces questions concernent le traitement à la sortie.</p> <p>Pour chacun des quatre éléments d'information suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dénomination des médicaments : il s'agit de la dénomination commune internationale et/ou de son nom commercial; - Posologie : il s'agit du dosage unitaire et du rythme d'administration des médicaments ; - Voie d'administration : pour les produits injectables (voie parentérale), la voie doit être indiquée (voie intradermique (i.d.), voie sous-cutanée (s.c.), voie intramusculaire (i.m.), voie intraveineuse (i.v.) ou voie intra-artérielle (i.a.)). Pour les autres voies d'administration, la voie (voie orale ou per os, voie cutanée ou transdermique, voie oculaire, etc.) ou la forme galénique si celle-ci suffit à préciser la voie d'administration (gélules, comprimés, sirops, ampoules buvables, collyres, gouttes, etc.) doivent être indiquées ; - Durée du traitement : elle peut être renseignée selon une durée (ex : « QSP 1 mois », « traitement au long cours », ou bien « en cas de douleur » pour une prescription d'antalgiques) ou « à renouveler » (cas des prescriptions au long cours) ou un nombre total de médicaments à consommer (« Traitement de 14 comprimés »). <p>Cocher « Oui », lorsque l'élément est retrouvé, pour chaque médicament :</p> <p>Cocher « Non », lorsque l'élément manque pour au moins un des médicaments ou lorsqu'il est illisible.</p>
---	---	---

CA_P_24_5	La trace d'une information sur la poursuite du traitement habituel est retrouvée dans la lettre de liaison	<p>Cocher « Oui », si une information sur le traitement habituel est retrouvée dans la lettre de liaison (Poursuite de traitement habituel du patient).</p> <p>Cocher « Non », si aucune information sur la poursuite de traitement habituel du patient n'est retrouvée dans la lettre de liaison ou si le patient n'a pas de traitement habituel ou si cette information est illisible. Puis, répondez à la question CA_P_24_5_1.</p> <p>Le patient peut ne pas avoir de traitement habituel, ou le traitement habituel peut être poursuivi tel quel, ou encore modifié. La modification du traitement habituel porte sur l'ajout, la suppression ou la substitution (ex : changement de molécule, dose, voie d'abord).</p> <p>Toute modification du traitement habituel doit être évaluée dans le critère traitement médicamenteux de sortie (CA_P_24 et QLS_13_3_1 à QLS_13_3_4).</p>
CA_P_24_5_1	Si non à CA_P_24_5 :	<p>Cocher « Oui », S'il est tracé dans le dossier ou la lettre de liaison que le patient n'a pas de traitement habituel.</p> <p>Cocher « Non », Si aucune information n'est retrouvée dans le dossier ou dans la lettre de liaison.</p>

Planification des soins après la sortie dans la lettre de liaison	<p>Il s'agit des soins à réaliser après la sortie et des recommandations, y compris l'information du patient sur la conduite à tenir en cas de complications, dont le numéro à contacter en cas d'urgence.</p> <p>Les soins et recommandations peuvent porter sur : points particuliers à surveiller, hygiène, reprise alimentaire, gestion de la cicatrice, hydratation, conduite à tenir en cas de complications, reprise des traitements, rendez-vous médicaux pris ou à prendre, examens complémentaires à réaliser ou en attente, soins infirmiers ou de rééducation, prescriptions pour soins paramédicaux ou matériel, documents administratifs (arrêt de travail, prescription médicale de transport)</p> <p>Si ces recommandations ou informations sont retrouvées dans la lettre de liaison à la sortie ou bulletin de sortie.</p>	
CA_P_25_1_1	Recommandations et surveillances particulières	<p>Il s'agit de recommandations, conseils, conduites à tenir et surveillances particulières post-opératoires ou post-anesthésiques</p> <p>Cocher « Oui », si des recommandations et surveillances particulières sont retrouvées dans la lettre de liaison</p> <p>Cocher « Non », s'il est mentionné de façon lisible que le suivi ne nécessite pas de surveillance particulière, qu'il n'y pas de soins à réaliser après la sortie.</p> <p>Cocher « Aucune », si aucune des informations ci-dessus n'est retrouvée dans la lettre de liaison.</p>
CA_P_25_1_2	Actes et examens prévus et à programmer	<p>Cocher « Oui », si des actes ou examens complémentaires à faire sont retrouvés dans la lettre de liaison</p> <p>Cocher « Non », s'il est mentionné de façon lisible que le suivi ne nécessite pas la réalisation d'actes ou d'exams complémentaires.</p> <p>Cocher « Aucune », si aucune des informations ci-dessus n'est retrouvée dans la lettre de liaison.</p>
CA_P_25_2_1	Numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence	<p>Cette information est à rechercher dans la lettre de liaison, et non dans d'autres documents dont le passeport ambulatoire.</p> <p>Le numéro de téléphone du secrétariat et le numéro du standard de l'hôpital ne sont pas acceptés.</p> <p>Cocher « Oui », si le numéro de téléphone est retrouvé,</p> <p>Cocher « Non », si le numéro de téléphone n'est pas retrouvé.</p>

CA_P_25_2_2	Coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins	<p>Il s'agit de l'établissement, ET du service ET du numéro de téléphone, qui peut être le numéro à contacter d'urgence. Cette information est à rechercher dans la lettre de liaison.</p> <p>Cocher « Oui », si les coordonnées sont retrouvées dans la lettre de liaison à la sortie,</p> <p>Cocher « Non », si les coordonnées ne sont pas retrouvées dans la lettre de liaison à la sortie.</p>
Signataire		
QLS_7	Identification du signataire de la lettre de liaison	<p>Cocher « Oui », si on retrouve, dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, l'identité du signataire (nom ET service ET hôpital) ET ses coordonnées (adresse (postale ou mail) ou téléphone).</p> <p>Cocher « Non », si au moins une des informations exigées est manquante ou illisible dans la lettre de liaison à la sortie (identité et/ou coordonnées).</p> <p>Précisons :</p> <p>Pour la chirurgie ambulatoire, le signataire est l'opérateur ou l'anesthésiste. Le nom du service ou du cabinet libéral où exerce l'opérateur sont acceptés. Le téléphone du service ou du médecin sont acceptés,</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il convient de retrouver l'identité d'au moins un signataire de la lettre de liaison à la sortie. - la lettre de liaison peut être rédigée de façon collégiale par l'équipe de soins (y compris par la sage-femme) . - les signatures électroniques sont également autorisées : en cas d'informatisation de la lettre de liaison, l'identifiant et/ou le mot de passe permettant la connexion du signataire remplace(nt) sa signature.

Indicateur : Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3

CA_P_26	Un contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 est retrouvé	<p>Ce contact peut être réalisé par appel téléphonique, sms et/ou message sur répondeur, ou par notification d'une application mobile, ou par une consultation programmée.</p> <p>Remarque : Les jours à prendre en compte sont les jours ouvrés. Pour une sortie le vendredi, un appel tracé au plus tard le lundi suivant est accepté.</p> <p>Cocher « Oui », si la trace d'un contact avec le patient entre J+1 et J+3 est retrouvée dans le dossier. Vous pouvez également cocher « Oui », s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas pu être joint entre J+1 et J+3</p> <p>Ou si le patient a été réhospitalisé entre J1 et J3.</p> <p>Ou si le patient a une consultation programmée entre J1 et J3.</p> <p>Cocher « Non », si aucune trace d'un contact avec le patient entre J+1 et J+3 n'est retrouvée dans le dossier, OU qu'il est tracé dans le dossier une justification du non-contact avec le patient entre J1 et J3, OU que l'information est illisible.</p>
CA_P_26_1	Si non, refus tracé du patient d'être contacté	<p>Cocher « Oui », s'il est tracé dans le dossier le refus du patient d'être contacté entre J1 et J3.</p> <p>Cocher « Non », si aucune information n'est retrouvée.</p>

Annexe : Les éléments attendus dans la synthèse médicale de séjour

L'article R. 1112-1-2 du code de santé publique, créé par le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 (art. 1) relatif aux lettres de liaison indique quels sont les éléments attendus dans la synthèse médicale du séjour :

II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

1) identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;

2) motif d'hospitalisation ;

*3) **synthèse médicale du séjour** précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;*

4) traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) ... en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ; ...

Précision pour l'indicateur QLS : la synthèse médicale du séjour doit mentionner le cas échéant, un ou plusieurs des quatre éléments suivants dès lors qu'il(s) est (sont) retrouvé(s) dans le dossier analysé :

i) événements indésirables associés aux soins ; ii) portage/identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents ; iii) administration de produits sanguins ou dérivés du sang ; iv) pose d'un dispositif médical implantable.

I) Evènements indésirables associés aux soins

Précision : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. Cette définition est valable en établissement de santé et hors établissement de santé.

Exemples d'EIAS : chute, réaction allergique, infection, hémorragie, douleur, ...

Pour plus d'informations :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/renforcer-la-securite-du-patient#toc_1_3

II) Identification de micro-organismes multi-résistants (BMR) ou émergents (BHRé)

La découverte du statut porteur d'une BMR ou d'une BHRé chez un patient peut se faire dans le cadre d'un dépistage ou d'une découverte fortuite. Chaque établissement met en place une politique de dépistage des BMR ou des BHRé qui va dépendre de la politique locale de l'établissement de lutte contre les infections nosocomiales et des recommandations nationales. Les patients concernés par le portage des BMR et des BHRé sont décrits dans les recommandations ci-après.

▪ **Les recommandations nationales du Comité Technique de Lutte contre les Infections Nosocomiales, du 16 mars 2009, pour la « Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques »**, indiquent :

1) **à l'admission** : le dépistage des patients porteurs de BMR à l'admission est indiqué dans les unités de soins de court séjour à risque élevé de transmission croisée¹, c'est à dire ceux où les épidémies peuvent se développer rapidement. Le dépistage, à l'admission, est alors appliqué chez les patients à risque de portage de BMR, c'est à dire ceux qui sont transférés des services à forte incidence de BMR : réanimation-soins intensifs, secteurs septiques des services de chirurgie et de médecine spécialisée, soins de suite, de réadaptation et de longue durée.

2) **en cours d'hospitalisation** : le dépistage, en cours d'hospitalisation, des patients porteurs de BMR est indiqué dans les services à risque élevé de transmission croisée de BMR², dans lesquels les précautions d'isolement sont déjà appliquées pour les patients porteurs de BMR identifiés ; chez les patients à risque de portage de BMR (ayant effectué un ou plusieurs séjour(s) dans un (des) établissement(s) de santé dans les 12 mois

¹ réanimation, soins intensifs, secteurs septiques des services de chirurgie et de médecine spécialisée, services des brûlés.

² Par rapport à l'organisation en 2020 : CLIN et/ou CME et/ou EOH

précédant l'admission dans l'unité) ; et en situation épidémique (portage d'un même type de BMR par au moins 2 patients dont les séjours se chevauchent (ou sont proches dans le temps), avec une présomption de transmission croisée de BMR, dans la même unité d'hospitalisation). Ces patients doivent être isolés et bénéficier d'un dépistage de BMR.

▪ **Les recommandations nationales de 2009 de la Société Française d'Hygiène**

Hospitalière (SF2H), « [Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact](#) »,

indiquent la politique de dépistage des BMR :

R39 : Il est fortement recommandé de mettre en place une surveillance épidémiologique des agents infectieux « à haut potentiel de transmission croisée », dont les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR). Il est alors fortement recommandé de mesurer régulièrement l'incidence de ces micro-organismes à partir des seuls prélèvements cliniques.

R40 : Il est fortement recommandé que le CLIN², dans le cadre d'une politique générale d'établissement :

- définisse les micro-organismes justifiant de précautions complémentaires de type contact (en fonction de la prévalence de ces micro-organismes, de l'observance de l'hygiène des mains, et selon le type d'activité...);
- définisse la politique de dépistage de ces micro-organismes, dont les BMR en accord avec les recommandations nationales ;
- actualise régulièrement la politique locale de dépistage.

R41 : Il est fortement recommandé d'avoir une stratégie de dépistage adaptée à chaque secteur de soins. La situation épidémiologique d'un service ou d'un secteur peut justifier une stratégie spécifique de dépistage. En situation épidémique, il est fortement recommandé que le micro-organisme en cause puisse faire l'objet d'une stratégie de dépistage, quel que soit son phénotype de résistance.

R42 : Il est fortement recommandé de privilégier le dépistage des agents infectieux « à haut potentiel de transmission croisée », dont les BMR pour lesquels la transmission croisée joue un rôle essentiel ; le meilleur exemple est le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline. À l'inverse, il est fortement recommandé de ne pas privilégier le dépistage des BMR sous la dépendance principale de la pression de sélection ; les premiers représentants en sont les entérobactéries hyperproductrices de céphalosporinases.

▪ **Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, du 11 décembre 2020, sur « [L'Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes \(BHRe\)](#) », indique :**

Patients cibles à repérer et à dépister :

R1. Il est recommandé de repérer et de dépister à la recherche de BHRe à l'admission, tout patient ayant été hospitalisé à l'étranger pendant au moins 24 heures dans les 12 derniers mois.

R2. Il est possible de dépister à nouveau les patients cibles dont le premier dépistage est négatif à l'admission selon une évaluation du risque liée au type d'hospitalisation à l'étranger.

R3. Il est recommandé de repérer et de dépister à la recherche de BHRe à l'admission tout patient contact à risque élevé réhospitalisé ou transféré d'un établissement de santé français.

R4. Il est recommandé de repérer et de dépister à la recherche de BHRe à l'admission tout patient réhospitalisé aux antécédents de portage de BHRe.

R5. Il est possible de dépister à la recherche de BHRe les patients résidant à l'étranger ou ayant séjourné à l'étranger depuis moins de 3 mois sans hospitalisation sur des critères d'analyse de risque (durée de séjour, pays, prise d'antibiotiques, modalités de voyage, ...).

R6. Il n'est pas recommandé de dépister les résidents en EHPAD sauf situation particulière régionale et après avis d'experts.

R7. Il est recommandé de dépister à la recherche de BHRe à l'admission en service MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) tout résident en provenance d'un établissement médico-social (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : EHPAD ; foyer d'accueil médicalisé : FAM ; maison d'accueil spécialisée : MAS) dans lequel une épidémie est active.

BHRe cibles à rechercher :

R8. Il est recommandé de repérer et de dépister les patients à risque de portage à l'admission à la recherche simultanée des EPC (entérobactéries productrices de carbapénémases) et des ERG (entérocoques résistants aux glycopeptides).

R9. Il est recommandé de réaliser un dépistage ciblé du type de BHRé initialement incriminée en cas de ré-hospitalisation d'un patient aux antécédents de portage d'EPC ou d'ERG et de leurs contacts à risque élevé.

III) Transfusion ou administration de produits sanguins ou dérivés du sang

Les produits dérivés du sang concernent :

- les [produits sanguins labiles](#) sont issus du sang du donneur et destinés à être transfusés à un patient : sang total, plasma, et cellules d'origine humaine ;
- les produits sanguins stables, ou [médicaments dérivés du sang](#) sont des médicaments à base de sang ou de composants de sang préparés industriellement. Il s'agit notamment de l'albumine, des facteurs de coagulation, des immunoglobulines d'origine humaine.

Pour plus d'informations : <http://dev4-afssaps-marche2017.integra.fr/>

IV) Pose d'un dispositif médical implantable

Un [dispositif médical implantable](#) (DMI) est tout dispositif médical conçu pour être implanté en totalité dans le corps humain par une intervention chirurgicale et destiné à y rester. Il peut aussi s'agir d'un dispositif qui est partiellement introduit dans le corps par une intervention chirurgicale et destiné à y rester pendant au moins 30 jours après l'intervention (ex : l'implant cochléaire).

Exemples de DMI : prothèses de hanche, lentilles intraoculaires, implants mammaires...

Pour plus d'informations :

https://www.afmps.be/fr/public_information/dispositifs_medicaux/qu_est-ce_qu_un_dispositif_medical



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr