



Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales  
Surveillance des infections des sites opératoires (ISO) après une opération cardiaque  
pédiatrique  
Protocole de surveillance des ISO cardiaques pédiatriques

**Coordonnées**

Veillez adresser toutes vos questions à :

**Agence de la santé publique du Canada**

Surveillance du PCSIN

Courrier électronique : [cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca](mailto:cnisp-pcsin@phac-aspc.gc.ca)

**Groupe de travail**

Kelly Choi\* (chef épidémiologiste), Jeannette Comeau, Allana Ivany†, Kevin Katz, Joanne Langley, Jenine Leal, Bonita Lee (présidente), Marie-Astrid Lefebvre, Senthuri Paramalingam†, Allyson Shephard

\* Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

† Prévention et contrôle des infections Canada (PCI)

# Table des matières

<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>3</b>
<b>MÉTHODES</b> .....	<b>3</b>
ADMISSIBILITÉ DES SITES .....	3
POPULATION DE PATIENTS.....	3
<i>Critères d'inclusion</i> .....	3
<i>Critères d'exclusion</i> .....	3
PÉRIODE DE SURVEILLANCE .....	3
NUMÉRATEURS .....	3
CLASSIFICATION DES CAS.....	4
1. <i>ISO superficielle associée à une incision</i> .....	4
2. <i>ISO profonde associée à une incision</i> .....	4
3. <i>ISO Organe/espace</i> .....	4
DÉNOMINATEURS.....	5
SOUMISSION DES DONNÉES.....	5
<i>Cas</i> .....	5
<i>Rapport à Zéro</i> .....	5
<i>Dénominateurs</i> .....	5
<b>ÉTHIQUE</b> .....	<b>6</b>
<b>CONFIDENTIALITÉ</b> .....	<b>6</b>
<b>ANNEXE 1 - ALGORITHME DE CLASSIFICATION DES CAS</b> .....	<b>7</b>
<b>ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'ISO CARDIAQUES PÉDIATRIQUES</b> .....	<b>8</b>
<b>ANNEXE 3 - DÉNOMINATEUR DES ISO CARDIAQUES PÉDIATRIQUES ET RAPPORT À ZÉRO</b> .....	<b>12</b>
<b>HISTORIQUE DES RÉVISIONS</b> .....	<b>13</b>

## OBJECTIFS

Mettre en place une surveillance continue des infections du site opératoire pédiatrique (ISO) associées à la chirurgie cardiaque au sein du réseau hospitalier du PCSIN. Les objectifs spécifiques de cette surveillance sont les suivants

1. Déterminer les taux d'ISO cardiaques associées aux soins de santé chez les enfants de moins de 18 ans au Canada
2. Identifier les facteurs de risque des ISO cardiaques pédiatriques
3. Fournir des données pour l'élaboration de lignes directrices sur la prévention et le contrôle des ISO cardiaques pédiatriques

## MÉTHODES

### Admissibilité des sites

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

### Population de patients

Surveillance continue et prospective des ISO chez les enfants (< 18 ans) à la suite d'opérations cardiaques à cœur ouvert.

### Critères d'inclusion

- ✓ Chirurgie effectuée sur votre site du PCSIN
- ✓ Les opérations où le patient subit un pontage cardio-pulmonaire

### Critères d'exclusion

Les opérations au cours desquelles le patient est décédé dans la salle d'opération ou dans les 24 heures suivant l'opération.

### Période de surveillance

Les infections qui se développent dans les 90 jours (3 mois) suivant l'opération (ou 30 jours si elles sont classées comme des ISO superficiels) seront incluses et signalées rétrospectivement en fonction de la date de l'opération.

### Numérateurs

Le principal indicateur de résultat est une ISO associée aux soins de santé après une chirurgie à cœur ouvert avec pontage cardio-pulmonaire chez les patients pédiatriques, définie selon les définitions du National Health and Safety Network (NHSN), comme indiqué dans la section sur la

[CLASSIFICATION DES](#) ci-dessous et dans l'[ANNEXE 1 - ALGORITHME DE CLASSIFICATION DES](#) .

Les patients de moins de 18 ans ayant subi une chirurgie cardiaque à cœur ouvert avec un pontage cardio-pulmonaire seront identifiés dans chaque site du PCSIN grâce à la méthode la plus complète pour détecter les procédures et les cas d'ISO. Cette méthode peut inclure :

- Examen des résultats des laboratoires de microbiologie
- Examen des dossiers des patients
- Examen des notes des médecins
- Notifications par le personnel clinique
- Examen des systèmes internes de collecte de données sur la sécurité des patients

## Classification des cas

### 1. ISO superficielle associée à une incision

L'infection se produit dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale et ne concerne que la peau et le tissu sous-cutané de l'incision et répond à au moins **UN des** critères suivants :

**Critère 1** : Drainage purulent de l'incision superficielle.

**Critère 2** : Organismes isolés à partir d'une culture aseptique de liquide ou de tissu provenant de l'incision superficielle.

**Critères 3** : Le patient présente au moins un des signes ou symptômes suivants : douleur ou sensibilité localisée ; gonflement localisé ; érythème ; ou chaleur ET incision superficielle délibérément ouverte par un chirurgien, un médecin traitant\* ou une autre personne désignée et l'incision superficielle ou les tissus sous-cutanés sont culture-positifs ou non cultivés.

**Critère 4** : Diagnostic d'une lésion traumatique superficielle par incision par le chirurgien ou le médecin traitant.

### 2. ISO profonde associée à une incision

L'infection se produit dans les 90 jours (3 mois) après l'intervention chirurgicale (où le jour 1 = la date de la procédure) et l'infection semble être liée à l'intervention chirurgicale ET concerne les tissus mous profonds (par exemple, les couches du visage et des muscles) de l'incision ET le patient présente au moins **UN des éléments** suivants :

**Critère 1** : drainage purulent de l'incision profonde mais pas de l'organe/espace composant le site chirurgical.

**Critères 2** : L'incision profonde est spontanément déhiscente ou est délibérément ouverte par le chirurgien, le médecin traitant\* ou une autre personne désignée et est culture-positif, organisme(s) identifié(s) à partir des tissus mous profonds de l'incision par une méthode de test microbiologique en culture ou non en culture qui est effectuée à des fins de diagnostic ou de traitement clinique, et le patient présente au moins un des signes ou symptômes suivants : fièvre (>38°C), ou douleur ou sensibilité localisée.

**Critère 3** : un abcès ou autre preuve d'infection impliquant l'incision profonde est trouvé lors d'un examen direct, lors d'une réopération ou par un examen histopathologique ou radiologique.

### 3. ISO Organe/espace

L'infection se produit dans les 90 jours (3 mois) après l'intervention chirurgicale (où le jour 1 = la date de la procédure) et l'infection semble être liée à l'intervention chirurgicale **ET** l'infection concerne toute partie du corps plus profonde que les couches fasciales/musculaires qui est ouverte ou manipulée pendant l'intervention chirurgicale **ET** le patient présente au moins **UN des éléments** suivants :

**Critère 1** : drainage purulent d'un drain placé dans l'organe/espace.

**Critère 2** : Organismes isolés à partir d'une culture de fluide ou de tissu dans l'organe/espace à des fins de diagnostic ou de traitement clinique.

**Critère 3** : un abcès ou autre preuve d'infection impliquant l'organe/espace qui est trouvé lors d'un examen direct, pendant une réopération ou par un examen histopathologique ou radiologique.

**ET** répond à au moins un des critères suivants pour un site d'infection spécifique d'un organe/espace figurant dans le tableau ci-dessous :

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DE L'ICD du PCSIN - Révisé en janvier 2022

Catégorie	Site spécifique	Catégorie	Site spécifique
<b>BONE</b>	Ostéomyélite	<b>MED</b>	Médiastinite
<b>CARD</b>	Myocardite ou péricardite	<b>ENDO</b>	Endocardite
<b>IAB</b>	Intraabdominal, non spécifié ailleurs	<b>LUNG</b>	Autres infections des voies respiratoires inférieures
<b>VASC</b>	Infection artérielle ou veineuse		

## Dénominateurs

Chaque hôpital participant soumettra les données de dénominateur suivantes :

- a) Le nombre de chirurgies à cœur ouvert avec pontage cardio-pulmonaire
- b) Le nombre de chirurgies comme ci-dessus avec fermeture retardée du sternum en fixant

Conformément aux directives du NHSN, un seul déplacement en salle d'opération, au cours duquel plusieurs procédures sont effectuées, sera compté comme une seule contribution aux données du dénominateur. Les patients peuvent potentiellement être inclus dans les données du dénominateur plus d'une fois pendant la période de surveillance s'ils ont subi plusieurs opérations à cœur ouvert impliquant des déplacements distincts en salle d'opération.

## Soumission des données

### Cas

Pour chaque cas répondant aux critères d'une ISO cardiaque, un questionnaire pour les patients souffrant d'ISO cardiaque pédiatrique doit être rempli sur le RCRSP. Pour savoir comment trouver le questionnaire pour les patients souffrant d'ISO cardiaques en pédiatrie sur le Centre de collaboration du CNPHI sous les formulaires Web Data, voir l'.

### Chirurgie eu lieu dans un autre site du PCSIN

Si l'hôpital qui a identifié l'infection n'est pas celui où l'opération a eu lieu, il est demandé à l'hôpital d'en informer l'hôpital où l'opération a eu lieu. Si l'hôpital où l'opération a eu lieu est un site du PCSIN, alors l'ISO doit être signalé au PCSIN s'il participe à ce projet de surveillance.

### Déclaration d'un deuxième ISO (même opération)

Si une deuxième ISO se développe à la suite de la même opération, veuillez remplir un autre questionnaire destiné au patient et lui attribuer le même numéro d'identification unique avec une lettre minuscule (par exemple, 07A18001b).

### Rapport à Zéro

Pour aucun cas sur votre site, un rapport zéro doit être soumis afin de pouvoir différencier les comptes zéro des données manquantes. Si aucun cas n'est soumis et qu'il vous manque un rapport zéro pour une année de surveillance, les données de votre hôpital ne seront pas incluses dans les taux. Le statut de cas zéro est recueilli via le formulaire de rapport zéro et le dénominateur des ISO cardiaques pédiatriques sous Données Web sur l'INSPEC [ANNEXE 3 - DÉNOMINATEUR DES ISO CARDIAQUES PÉDIATRIQUES ET RAPPORT À ZÉRO.](#)

### Dénominateurs

Le nombre d'interventions à cœur ouvert effectuées sur tous les patients pédiatriques (<18 ans) de votre établissement pour l'année civile est recueilli via le formulaire de dénominateur des ISO cardiaques pédiatriques sous Données Web sur le RCRSP Annexe [ANNEXE 3 - DÉNOMINATEUR DES ISO CARDIAQUES PÉDIATRIQUES ET RAPPORT À ZÉRO.](#)



**REMARQUE :** Lorsque vous saisissez des données sur le RCRSP, veuillez-vous assurer que le cas est saisi dans la bonne année de surveillance en fonction de la date de la procédure et NON de la date à laquelle l'infection a été

identifiée (par exemple, procédure 20 décembre 2019 ; infection identifiée le 17 janvier 2020 - il s'agit d'un cas de 2019).

## Échéancier des données du PCSIN pour les ISO cardiaques chez les patients pédiatriques

Date de l'opération  
dans les trimestres  
suivants



<b>Numérateur</b> (cas)	Données à fournir avant le 30 septembre	Données à fournir avant le 31 décembre	Données à fournir avant le 31 mars de l'année de surveillance suivante	Données à fournir avant le 30 juin de l'année de surveillance suivante
<b>Dénominateurs</b> <b>/ Rapport à</b> <b>Zéro</b>	À fournir avant le 31 mars de l'année de surveillance suivante			

### ÉTHIQUE

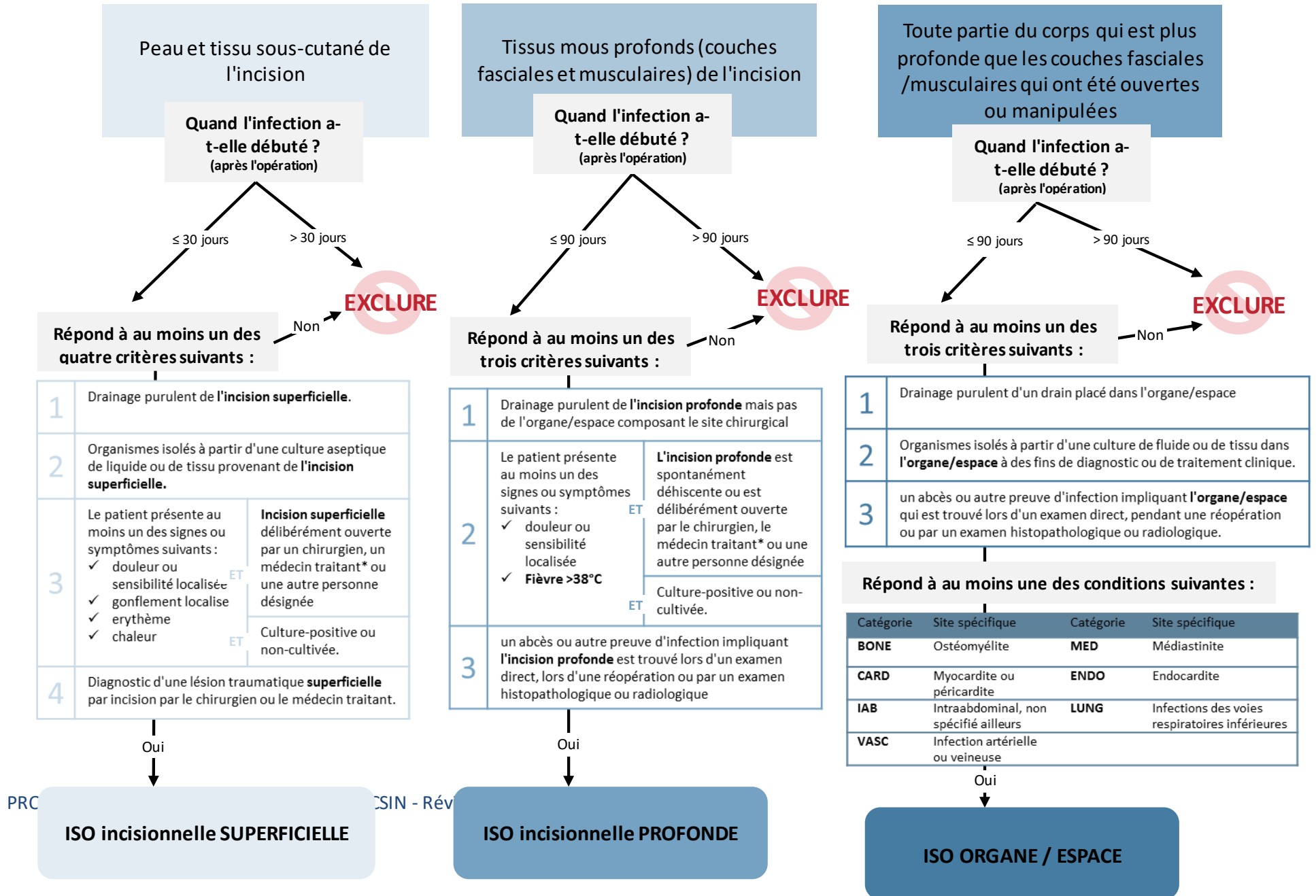
Bien que ce projet de surveillance soit de nature observationnelle et n'implique aucune altération des soins aux patients, une approbation éthique peut être demandée dans certains sites hospitaliers. La surveillance des infections associées aux soins de santé est un élément de routine de l'assurance qualité et des soins aux patients dans les établissements de santé canadiens et, par conséquent, le consentement éclairé n'est pas nécessaire. Un identifiant unique lié au nom du patient ne permettra d'identifier les patients qu'au site CCEH local et n'est pas transmis à l'Agence de la santé publique du Canada. Toutes les données transmises à l'Agence de la santé publique du Canada sont strictement confidentielles.

### CONFIDENTIALITÉ

Il existe actuellement une demande de divulgation publique des infections nosocomiales. Toutes les données publiées par le PCSIN seront présentées sous forme de résumé et n'identifieront pas les hôpitaux individuels. Les administrateurs des hôpitaux doivent être informés que les données agrégées feront l'objet d'une déclaration nationale.

# Annexe 1 - Algorithme de classification des cas

## Quels organes/tissus ont été touchés par l'infection ?





## Annexe 2 - Questionnaire pour les patients souffrant d'ISO cardiaques pédiatriques

1.	Site CCEH : _____	
2.	Identification unique du patient : _____ AA _____ (par exemple 99A19001) (Site CHEC #) (Année de surveillance) (Numéro de cas)	
3.	Date de naissance :	____ / ____ / ____ JJ    MMM    AAAA
4.	Le sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
5.	Date d'identification de l'ISO :	____ / ____ / ____ JJ    MMM    AAAA
6.	Ce patient a-t-il ou répond-il aux critères de (veuillez cocher l' <u>une</u> des cases suivantes) :  (Veuillez consulter la <a href="#">CLASSIFICATION DES</a> pour les définitions)	<input type="checkbox"/> ISO incisionnelle <b>SUPERFICIELLE</b> <input type="checkbox"/> ISO incisionnelle <b>PROFONDE</b> <input type="checkbox"/> ISO <b>ORGANE/ESPACE</b>
7.	Analyses microbiologiques	<input type="checkbox"/> Culture positive <input type="checkbox"/> Culture négative (passez à la question 11) <input type="checkbox"/> Non cultivé (passez à la question 11)
8.	Site du prélèvement de la culture positive :	<input type="checkbox"/> Incision (par exemple, la poitrine) <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____
9.	Agent(s) pathogène(s) isolé(s) :  (Veuillez cocher <b>toutes les réponses qui s'appliquent</b> )	<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>Enterococcus</i> ERV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Espèces de <i>streptocoques</i> , précisez: _____ <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>

Autres \_\_\_\_\_ :

10.

Veillez indiquer la sensibilité/résistance du ou des organismes à l'un des antimicrobiens/antifongiques suivants, énumérés ci-dessous :  
(R pour résistant, S pour sensible, I pour intermédiaire)

	Genre et espèce d'organisme1 : _____	Genre et espèce d'organisme 2 : _____	Genre et espèce d'organisme 3 : _____
Amikacin	<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
Acide amoxicilline-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
Caspofungin	<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
Céphalexine (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
Cefepime	<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
Cefuroxime	<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
Ertapenem	<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
Imipenem	<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
Levofloxacine	<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
Linezolid	<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
Meropenem	<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
Micafungin	<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
Piperacilline	<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
Piperacillin-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
Rifampin	<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
Acide ticarcilline-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
Triméthoprim-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, précisez :	<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, précisez :	<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

<b>11.</b>	Date de la chirurgie :	____ / ____ / ____ <i>JJ        MMM        AAAAA</i>		
<b>12.</b>	Type de chirurgie :  (Veuillez cocher toutes les réposes qui s'appliquent)	<input type="checkbox"/> Réparation d'une anomalie congénitale (veuillez cocher toutes les cases applicables) : <input type="checkbox"/> Défaut de septum ventriculaire (VSD) <input type="checkbox"/> Défaut septal auriculaire (ASD) <input type="checkbox"/> Coarctation de l'aorte <input type="checkbox"/> Tétralogie de Fallot (TOF) <input type="checkbox"/> Transposition des grands vaisseaux <input type="checkbox"/> Truncus arteriosus <input type="checkbox"/> Atrésie tricuspide <input type="checkbox"/> Retour veineux pulmonaire anormal total (TAPVR) correction <input type="checkbox"/> Réparation hypoplasique du cœur gauche <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Transplantation cardiaque <input type="checkbox"/> Remplacement des soupapes <input type="checkbox"/> AVR <input type="checkbox"/> MVR		
<b>13.</b>	Fermeture retardée du sternum	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (passez à la question 16)		
<b>14.</b>	Lieu où le sternum a été fermé	<input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> Autres : _____		
<b>15.</b>	Date de fermeture du sternum	____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Non disponible <i>JJ        MMM        AAAAA</i>		
<b>16.</b>	Résultat 30 jours après le début de l'infection  (Ne cochez qu'une seule case)	<input type="checkbox"/> Vivre dans votre USI <input type="checkbox"/> Vivant dans votre hôpital, en dehors des soins intensifs <input type="checkbox"/> Décharge <input type="checkbox"/> Décédé (à l'hôpital) <input type="checkbox"/> Inconnu		
<b>17.</b>	En cas de décès, lien avec le SSI ?  (Ne cochez qu'une seule case - selon l'avis du médecin contrôleur)	<input type="checkbox"/> Cause directe <input type="checkbox"/> Indirecte (contribution) <input type="checkbox"/> Sans rapport <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer		

<b>18.</b>	Au cours de cette admission ou dans les 14 jours précédant son admission, ce patient a-t-il été testé positif au COVID-19 pour la première fois ?	<input type="checkbox"/> Oui - si votre site participe à la surveillance par IRM, veuillez fournir le NID pour le questionnaire du patient COVID-19: _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
------------	---	--

## Annexe 3 - Dénominateur des ISO cardiaques pédiatriques et rapport à zéro

<b>1.</b>	Site CCEH : _____																		
<b>2.</b>	Période de surveillance : (par exemple, du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018) _____																		
<b>3.</b>	Veuillez noter le nombre d'interventions à cœur ouvert effectuées sur tous les patients pédiatriques (<18 ans) de votre établissement pour l'année civile (par exemple, du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018) :																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">Sternum fermé en salle d'opération au moment de l'opération initiale</th> <th colspan="4">Fermeture retardée du sternum</th> <th rowspan="2">Total</th> </tr> <tr> <th>ICU</th> <th>OU</th> <th>Inconnu</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Total</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sternum fermé en salle d'opération au moment de l'opération initiale	Fermeture retardée du sternum				Total	ICU	OU	Inconnu	Total	<b>Total</b>						
	Sternum fermé en salle d'opération au moment de l'opération initiale			Fermeture retardée du sternum					Total										
		ICU	OU	Inconnu	Total														
<b>Total</b>																			
<b>4.</b>	Pour l'année de surveillance indiquée ci-dessus, aucun cas n'a été signalé pour votre site ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		

## Historique des révisions

Date	Révisions effectuées
Décembre 2018	Suppression de l'année de surveillance car le protocole ne sera plus mis à jour annuellement
Décembre 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mise en forme actualisée</li><li>○ Mise à jour des définitions de la classification des cas selon les définitions du NHSN</li><li>○ Mise à jour de la collecte et de la déclaration des données (maintenant la soumission des données) pour tenir compte du nouveau formulaire sur le centre de collaboration du RCRSP sous Web Data</li></ul>
Décembre 2020	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ajout de "où jour 1= la date de la procédure" suivi de "définir 30 jours après la procédure opératoire" dans la section "Classification des affaires".</li><li>○ Suppression de "Un résultat négatif à la culture ne répond pas à ce critère" dans la classification des cas d'infection superficielle selon la définition du NHSN.</li><li>○ Le critère 2 de l'espace des organes a été mis à jour : L'incision profonde est ouverte spontanément ou délibérément par le chirurgien, le médecin traitant* ou une autre personne désignée et est positive à la culture. Le ou les organismes sont identifiés à partir des tissus mous profonds de l'incision par une méthode de culture ou de test microbiologique non basée sur la culture, qui est effectuée à des fins de diagnostic ou de traitement clinique et le patient présente au moins un des signes ou symptômes suivants : fièvre (&gt;38°C), ou douleur ou sensibilité localisée.</li><li>○ Une nouvelle question a été ajoutée : au cours de cette admission ou dans les 14 jours précédant cette admission, ce patient a-t-il été testé positif au COVID-19 pour la première fois ?</li></ul>
Janvier 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mise à jour de la liste des membres du groupe de travail et des adresses e-mail pour PCSI</li></ul>