

# Audit ATBP 2025

## Présentation de l'outil

Campagne d'audit national :  
recueil **d'octobre à décembre 2025**



Une co-construction Spicmi/Sfar  
en collaboration avec Spares et la Spilf

Pour toute question : [spicmi.contact@aphp.fr](mailto:spicmi.contact@aphp.fr)

Source des images : [freepick.com](https://www.freepick.com)

# Contexte : quelques rappels

- Fait suite à l'audit PREOP qui comportait depuis 2020 une partie sur **l'ATBP « préopératoire »** (observation des pratiques au bloc)
- Arrêt de l'évaluation nationale en 2024 du fait de la **préparation d'un nouveau référentiel** Sfar/Spilf publié en mai 2024 (VF adultes)
- **Conception d'un nouvel outil** plus large (pré, per et postopératoire) basé sur une **évaluation sur dossiers** (changement de méthode)



RFE = recommandations formalisées d'experts

## Recommandations générales (R1.1 à R1.6)

**R1.1 – Il est recommandé d'administrer l'antibioprophylaxie par céphalosporine (ou ses alternatives en cas d'allergie, hors vancomycine) au plus tôt 60 minutes avant et au plus tard avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.**

## Principe du référentiel



## Recommandations spécifiques (chirurgie colorectale : dépistage des E-BLSE) (R1.7.1 à R1.7.3)

**R1.7.2 – En cas de positivité du dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE, les experts suggèrent d'administrer, pour une chirurgie colo-rectale, une antibioprophylaxie ciblée active sur la souche d'E-BLSE identifiée lors du dépistage, pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.**

## Recommandations spécifiques par spécialité (tableaux par actes avec indication d'ATBP, molécule, dose, délai, durée)

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, si antibioprophylaxie indiquée dans ce tableau :

Si céfazoline : vancomycine 20 mg/kg IVL ou teicoplanine 12 mg/kg IVL

Si amoxicilline/clavulanate : clindamycine 900 mg IVL + gentamicine 6 à 7 mg/kg

●●● (Avis d'experts)

Actes chirurgicaux ou interventionnels	Molécules	Dose initiale	Réinjections et durée	Force de la recommandation
<b>Chirurgie artérielle ouverte</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurgie artérielle périphérique ou chirurgie aortique, avec ou sans mise en place de matériel</li> <li>Chirurgie carotidienne <u>avec</u> mise en place de matériel</li> </ul>	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 1)
	<i>Alternative :</i> Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée > 2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)

1 code par acte

Neurochirurgie et **neuroradiologie interventionnelle**  
 Chirurgie ORL, OPH, stomato et maxillofaciale  
 Chirurgie cardiaque, **cardiologie structurale et rythmologie interventionnelle**  
 Chirurgie vasculaire  
 Chirurgie et **endoscopie** thoracique, **radio interventionnelle**  
 Chirurgie plastique, **d'affirmation du genre et du patient brûlé**  
 Chirurgie gynécologique et obstétrique, **radio interventionnelle**  
 Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 Chirurgie digestive/bariatrique, **endoscopie et radio interventionnelle**  
 Chirurgie urologique et **radio interventionnelle**

# Outil « Audit ATBP 2025 »

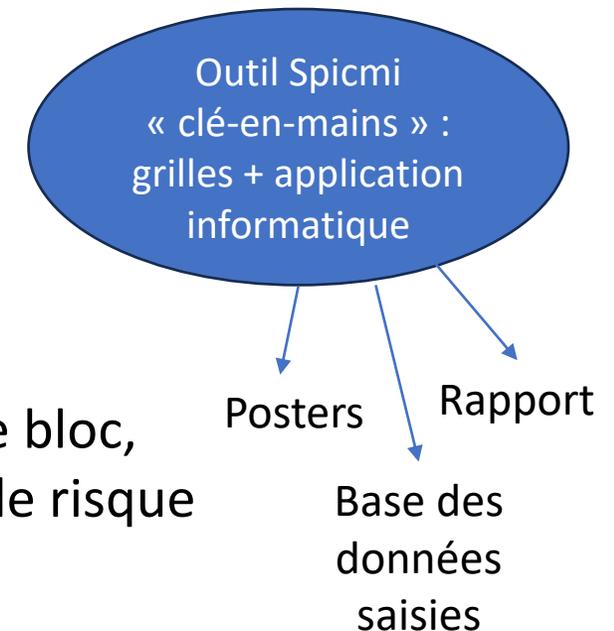


- Sujet relevant de la **prévention du risque infectieux** et du **bon usage des ATB**
- **Conçu** avec la Sfar et son Comité IADE, en collaboration avec la mission Spares et des représentants de :
  - CPIAS, CRATB, établissements de santé
  - différentes sociétés savantes (Spilf, SF2H, SFPT, AFU, CNGOF...)

*Un grand merci à tous les membres du GT « ATBP 2025 » !*

- **Tests/relectures** : dans une vingtaine d'ES (public, privé, espic)
  - par des professionnels de santé variés : MAR/IADE, chirurgiens/cadre de bloc, infectiologues, pharmaciens ATB, hygiénistes, qualitatifs, gestionnaires de risque
  - par les membres du GT « Prévention » de Spicmi

*Un grand merci à tous les participants !*



# Objectifs de l'audit



→ **Evaluer les pratiques actuelles et comparer aux RFE\***

*(état d'intégration des nouvelles recommandations dans les protocoles et les pratiques)*

→ **Valoriser les bonnes pratiques déjà en place**

*(respect de l'indication, de la molécule/dose/voie, délai et durée)*

→ **Identifier les axes d'amélioration et les besoins en accompagnement des ES**

\*Origine des écarts au référentiel : choix collectif local, individuel, mésusages...

- Risque d'inefficacité : absence d'ATBP alors qu'indiquée, molécule et/ou dose non adaptées, sous-dosage, délai trop important (initial, réinjections)
- Risque de toxicité : surdosage
- Risque d'antibiorésistance (ATBR) : ATBP sans indication, molécule inadaptée, durée postopératoire excessive

<https://www.youtube.com/watch?v=aawyt2-5b6E&t=1692s> (M. Léone, Académie de chirurgie, 30/10/24)

# Conditions d'audit



- **ES** : tout ES ayant une activité chirurgicale +/- interventionnelle (public, privé, espic)
- **Secteurs** : toutes les spécialités décrites dans les RFE  
→ chirurgie, endoscopie et médecine interventionnelle
- **Patients** : adultes opérés (sauf infectés et/ou sous ATB)
- **Actes** : la plupart des actes décrits dans les RFE – cf. liste fournie « actes/codes »
- **Méthode** : évaluation sur dossiers (*limite : qualité de traçabilité*)

Sélection des spécialités et des actes sur système documentaire local, informatisé ou non (*alternative : SSPI*)

Minimum : 5 à 10 dossiers par spécialité

- **Documents fournis** :
  - Synthèse des conditions générales de l'audit
  - Organisation du pilotage (pour le pilote)
  - Mise en œuvre pratique de l'audit (pour l'auditeur)
  - Liste des spécialités, actes inclus et codes associés
  - Grille d'audit et son aide au remplissage
  - Fiche « ES » et son aide au remplissage

**Audit ATBP (Spicmi): accès documents**  
Remplir le formulaire pour télécharger la fiche établissement et la grille d'audit.

**Module de téléchargement**

Nom

Établissement

Id (remplissage automatique)

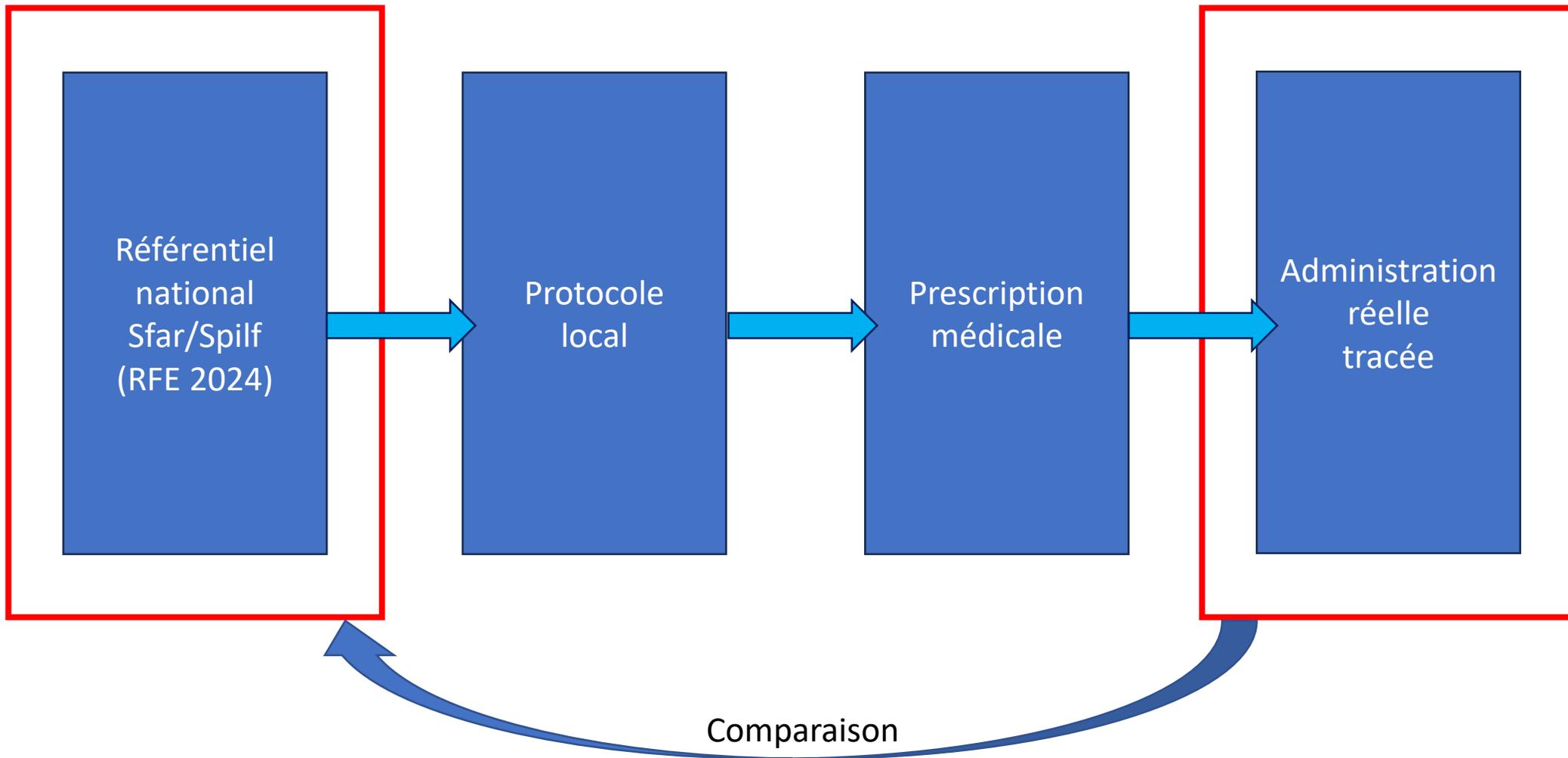
Fonction

Email

[Accéder aux documents](#)

*RFE : recommandations formalisées d'experts*

Ce qui est évalué dans le cadre de cet audit



# Précautions opératoires

**Objectif** : limiter au maximum le nombre de micro-organismes présents au niveau de la zone opératoire

→ multiples actions de prévention dont la préparation cutanée de l'opéré (PCO) et l'antibioprophylaxie (ATBP)

Tissus « extérieurs » (peau, muqueuses) - PCO

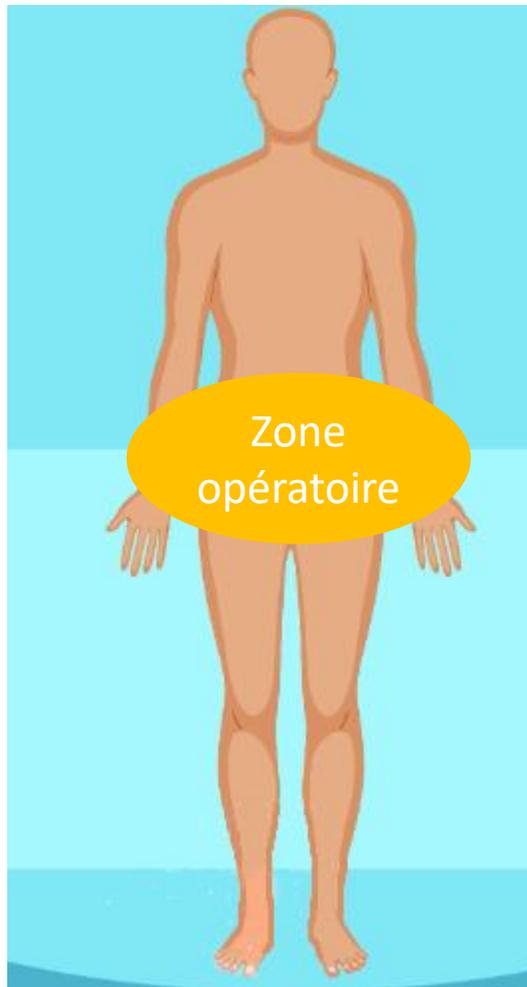
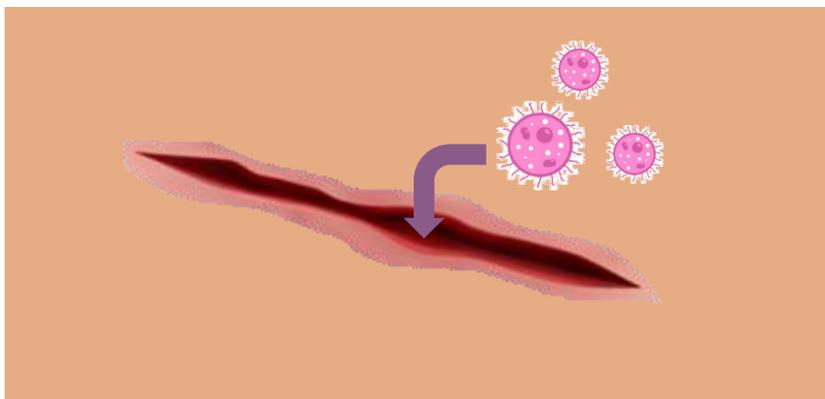
**Corps entier** : douche systématique

**Zone opératoire** :

1-Nettoyage cutané ou déterision  
(si souillures visibles)

2-Antisepsie ou désinfection cutanée  
systématique et juste avant intervention

PREOP



Tissus internes (organes) - ATBP

Certaines interventions plus à risque  
nécessitent une action antimicrobienne interne

PREOP

**avant l'opération**

PEROP

**+/- pendant l'opération**

POSTOP

**+/- après l'opération**

**Molécules** recommandées ont un spectre  
adapté au risque infectieux lié à l'acte

En préopératoire : **dose** élevée

(double de dose utilisée classiquement)

Accès rapide aux tissus par **voie** injectable

**Moments de mise en œuvre de l'ATBP**

**INTERVENTION**

**ATBP non indiquée**

**ATBP indiquée**

Concerne **une grande partie** des actes décrits dans les RFE

**Administration la veille au soir**

Concerne **uniquement** certains actes de :  
- chirurgie digestive colorectale  
- chirurgie d'affirmation du genre

Faite **AVANT** le début de l'acte (maximum 1h avant) afin d'obtenir une saturation des tissus opérés en ATB

**Administration initiale**

**Ré-administration peropératoire**

**Pas de ré-administration peropératoire**

Concerne **un nombre important** d'actes « en théorie » (demi-vie ATB/durée acte)  
Maintien des ATB dans les tissus

**Pas de ré-administration postopératoire**

**Ré-administration postopératoire**

Concerne **un nombre limité** d'actes  
Maintien des ATB dans les tissus

24 à 48h max

**Terminologie utilisée dans l'audit**

**ANTIBIOPROPHYLAXIE (ATBP)**  
chirurgicale ou interventionnelle

La veille au soir

Les jours suivants

Le jour même

Avant l'intervention

Avant le début de l'intervention

Au cours de l'intervention

Après l'intervention

« VEILLE AU SOIR »

« ADMINISTRATION INITIALE »

« RE-ADMINISTRATIONS PEROPERATOIRES »

« RE-ADMINISTRATIONS POSTOPERATOIRES »

Cas particulier

**Cas général**  
Si ATBP indiquée

Cas fréquent  
(selon durée de l'acte et demi-vie des molécules)

Cas particulier  
(selon nature de l'acte et demi-vie des molécules)

# Les deux grilles d'évaluation

## La fiche « Etablissement »

(évaluation du système documentaire)

- 1 seule par ES (2 pages)
- A remplir de façon collective (groupe projet multidisciplinaire)
- A remplir en 1<sup>er</sup> car très aidant pour la partie évaluation sur dossiers

## La grille d'audit

(évaluation des pratiques tracées)

- 1 par dossier patient (4 pages)

Données	Données	Données	Données
-Patient -Séjour	-Acte -ATBP veille au soir	-ATBP initiale -ATBP perop	-ATBP postop

Postop  
à évaluer  
même sans  
Indication !

- A remplir par les auditeurs
- Pour chaque étape de l'ATBP : molécule/dose/voie

# Présentation de la Fiche « ES »

## *Evaluation du système documentaire*

A remplir avant les grilles d'audit en réunion multidisciplinaire



**Principe** : point sur le **système documentaire** local lié à l'ATBP

→ **Protocole** et niveau **d'actualisation** par rapport aux RFE Sfar 2024

*(pourra apporter des éléments explicatifs aux résultats pratiques constatés)*

→ **Organisation** et **traçabilité** (de la **prescription** jusqu'à **l'administration**)

*(permettra d'apporter des améliorations au système documentaire)*

**Informations recueillies à transmettre aux auditeurs :**

supports de traçabilité à utiliser en fonction des informations recherchées

**Protocole « classique »**  
Selon les ES : 1 seul et/ou  
plusieurs protocoles  
(ex : 1 par spécialité)

Cas de certains ES

## A-EXISTENCE de PROTOCOLE(S)

**Il existe déjà actuellement**

un ou des protocole(s) pour l'ATBP :

- oui, protocole(s) interne(s)     RFE utilisées directement  
 non (ni protocole, ni RFE) → *passer directement au point C7*

## B-CARACTERISTIQUES du ou des PROTOCOLES ACTUELS (si existence de protocole = oui)

### 1-Format et contenu

**1a-Type de protocole :**  un document global pour l'ES     un document par spécialité     les 2     autre

**1b-Intégration au protocole**

des recommandations :

Recos « générales »     oui     non

Recos « spécifiques »     oui     non

**2-Mise à disposition :**     numérique     papier     les 2

**3-Validation locale** (plusieurs réponses possibles) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Equipes d'anesthésie-réanimation                 | <input type="checkbox"/> Infectiologues             |
| <input type="checkbox"/> Equipes chirurgicales                            | <input type="checkbox"/> Référent antibiotique      |
| <input type="checkbox"/> Equipes de médecine/endoscopie interventionnelle | <input type="checkbox"/> Comité des anti-infectieux |
| <input type="checkbox"/> Equipe d'hygiène                                 | <input type="checkbox"/> Conseil de bloc            |
| <input type="checkbox"/> Equipe pharmaceutique                            | <input type="checkbox"/> Clin/Clias                 |
| <input type="checkbox"/> Equipes de qualité/gestion des risques           | <input type="checkbox"/> Autres : / _____ /         |

Qui valide  
le(s)  
protocole(s)  
locaux ?

Les RFE  
contiennent  
des recos  
« générales »  
et  
« spécifiques »

Toutes reprises  
dans le(s)  
protocole(s) ?

1<sup>er</sup> niveau de communication  
(mail, intranet...)  
(ne garantit pas la prise de connaissance)

2<sup>ème</sup> niveau de communication  
(staff, séance dédiée) :  
pour RFE 2024 ou nouveau protocole

### C-PRISE EN COMPTE du NOUVEAU REFERENTIEL (RFE 2024)

4-Diffusion des RFE réalisée en interne :  oui  en cours  pas encore  pas prévue

5-Information des professionnels sur les nouveautés :  oui  en cours  pas encore  pas prévue

### Cas du protocole local

6-Actualisation réalisée :  oui  en cours  pas encore  pas prévue

Si « oui » ou « en cours » :

6a- Etapes de l'ATBP intégrées au(x) protocole(s) (plusieurs réponses possibles) :

veille au soir  administration initiale Ré-administration :  peropératoire  postopératoire

6b-Protocole(s) élargi(s) aux :

- nouvelles spécialités de chirurgie :  oui  non  non concerné par ces spécialités
- nouveaux actes de médecine interventionnelle :  oui  non  non concerné par ces actes
- nouveaux actes d'endoscopie interventionnelle :  oui  non  non concerné par ces actes

Ex : choix locaux différents des RFE

Ex : démarche nécessitant des ressources

Ex : ES ne souhaitant pas de changement

Toutes les étapes de l'ATBP bien prises en compte ?

Intégration des nouveaux actes et nouvelles spécialités (si ES concerné) ?

## C-PRISE EN COMPTE du NOUVEAU REFERENTIEL (RFE 2024) (suite)

### Résumé des recommandations « générales »

A vérifier point par point  
→ état des lieux de l'intégration ou non des nouvelles recommandations  
Entre parenthèses :  
n° de la recommandation

**6c-Recommandations « générales »** prises en compte (à évaluer point par point) :

#### Moment de l'administration initiale

- dans les 60 min précédant le début de la procédure chirurgicale ou interventionnelle (R1.1)
- vancomycine/patient non-obèse : perfusion 1h, débutée 1h à 30 min avant l'intervention (R1.2)

#### Choix des molécules

- pas de téicoplanine chez le patient obèse (R1.6)

#### Administration initiale et adaptation posologique

- céphalosporines : adaptation posologique ou du schéma d'administration pour IMC > 50 kg/m<sup>2</sup> (R1.5)
- clindamycine : de 900 à 1600 mg selon l'IMC des patients (R1.6)
- gentamicine/patient obèse : 6 à 7 mg/kg de poids « ajusté » (R1.6)
- vancomycine : 20 mg/kg pour tout profil de patient (R1.6)

#### Ré-administration peropératoire

- pas de ré-administration pour gentamicine, métronidazole et téicoplanine (demi-vie longue) (R1.3.2)
- dose de moitié par rapport à la dose initiale (R.1.3.2)
- délai entre 2 administrations fonction de la molécule (R1.3.1 et R1.3.2) :  
8h (vancomycine), 4h (céfazoline, clindamycine), 2h (céfoxitine, céfuroxime, amoxiclav, amoxicilline)

#### Ré-administration postopératoire

- pas de prolongement de l'ATBP après l'intervention (sauf cas particulier recommandé) (R1.4)

## Recommandation spécifique concernant une action associée à l'ATBP

= évaluation de la fréquence du portage rectal à E-BLSE → mise en place d'un dépistage → choix de la molécule

### Cas particulier des ES avec une activité de Chirurgie colorectale

#### 7-Portage rectal à E-BLSE en chirurgie colorectale (recommandations R1.7.1, 1.7.2 et 1.7.3)

##### 7a-Evaluation de la fréquence :

oui  en cours  pas encore  pas prévue  
-Si « oui » ou « en cours », méthode utilisée :  campagne de dépistage  données rétrospectives  
-Si « oui », niveau de fréquence retrouvé : / \_\_\_\_\_ /% →  < 10%  ≥ 10%

##### 7b-Dépistage mis en place : oui (systématique) oui (ciblé) en cours pas encore pas prévu

-Si « oui », choix de la molécule soumis à avis multidisciplinaire :  oui  non

Evaluation de la fréquence :  
état d'avancement  
méthode  
résultat

#### Dépistage systématique

(dans le mois précédent l'intervention) :  
si fréquence E-BLSE du service ≥ 10%  
*(peut être une stratégie du service sans  
évaluation de la fréquence du portage)*

#### Dépistage ciblé :

Patient avec ATCD de portage  
dans les 6 mois précédent  
l'intervention (RFE, p.80)

#### Méthode :

→ **Campagne de dépistage** : approche prospective  
(ex : sur plusieurs mois jusqu'à atteindre ≈ 100 patients)

→ **Données rétrospectives** :

Issues d'une enquête auprès du labo de microbiologie  
*! Bien distinguer colonisation et infection*

Si prescrite par autre praticien que MAR (ex : acte sans anesthésie (AG ou ALR) → cocher « non »

Ne concerne que certains actes de chirurgie colorectale et d'affirmation du genre

## CONSULTATION préanesthésique (CPA)

(MAR = médecin anesthésiste-réanimateur)

**1-ATBP** faisant l'objet d'une **prescription en CPA** par les MAR :

- administration de la veille au soir :  oui  non  aucun acte concerné
- administration initiale (1<sup>ère</sup> du jour de l'intervention) :  oui  non
- ré-administration peropératoire (au cours de l'intervention) :  oui  non

Prescription peropératoire pas toujours faite à l'avance

**2-Données** en théorie **tracées** en CPA pour la gestion de l'ATBP :  
(en systématique ou en fonction de la nature de l'intervention)  
(plusieurs réponses possibles)

### Patient

- Poids  Taille  IMC/BMI
- Etat de la fonction rénale
- Allergie aux bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines...)
- Portage de souches résistantes

### Intervention/acte

- Nature de l'acte
- Reprise chirurgicale

## VISITE préanesthésique (VPA)

ATBP pouvant être modifiée par des résultats disponibles entre temps

**3-Réévaluation** de l'ATBP par les MAR :  prévue en systématique  au cas par cas  non prévue

## CPA = consultation préanesthésique

→ Prescription préopératoire +/- peropératoire

→ Recueil de données  
- sur patient  
- sur intervention

**Impact sur la dose :**  
poids, IMC, état de la fonction rénale (postopératoire)

**Impact sur choix de la molécule :**  
allergie, portage de BMR

## VPA = visite préanesthésique (jour-même)

→ Réévaluation

Approche chronologique

BMI : body mass index  
(équivalent de l'IMC en anglais)

## D-Organisation de la PRESCRIPTION, de l'ADMINISTRATION d'ATB et de leur TRACABILITE (suite)

PEROP →

### Organisation des ré-administrations PEROPERATOIRES

4-Éléments soumis à traçabilité écrite :  prescription  administration  les deux  aucun

pas toujours le cas  
(ex : transmission « orale »)

POSTOP →

### Organisation des ré-administrations POSTOPERATOIRES

5-Profil(s) de(s) prescripteur(s) :  MAR  chirurgien  médecin/endoscopiste interventionnel  
(plusieurs réponses possibles)  infectiologue  autre

En postop :  
parfois  
intervention de  
praticiens autres  
que le MAR

CRA →

### COMPTE-RENDU anesthésique (CRA) – en plus de la feuille d'anesthésie

6-Compte-rendu anesthésique pouvant être édité et placé dans le dossier patient :  oui  non

CRA : non strictement soumis à réglementation comme le CRO → +/- présent/utilisé

**Identification des supports de traçabilité** : à visée descriptive et pour aider lors de l'évaluation des dossiers

<b>Supports de TRAÇABILITE disponibles</b>			
<b>7-Supports de traçabilité prévus pour les différentes données de l'ATBP</b>		<b>Logiciel de traçabilité</b> <i>(support numérique)</i>	<b>Document de traçabilité</b> <i>(support papier)</i>
Traçabilité des données « <b>patient</b> » recueillies en CPA		/ _____ /	/ _____ /
Traçabilité des données « <b>acte</b> » recueillies en CPA		/ _____ /	/ _____ /
<b>7-1 Traçabilité de l'ATBP pré et peropératoire</b>			
Veille au soir	Prescription (si actes concernés)	/ _____ /	/ _____ /
	Administration (si faite dans l'ES)	/ _____ /	/ _____ /
Administration initiale	Prescription en CPA	/ _____ /	/ _____ /
	Réévaluation en VPA (si prévue)	/ _____ /	/ _____ /
	Administration	/ _____ /	/ _____ /
Ré-administration peropératoire	Prescription (si prévue)	/ _____ /	/ _____ /
	Administration	/ _____ /	/ _____ /
<b>7-2 Traçabilité de l'ATBP postopératoire</b>			
Ré-administration postopératoire	Prescription	/ _____ /	/ _____ /
	Administration	/ _____ /	/ _____ /

Les tests ont montré une multiplicité des logiciels dans certains ES et une traçabilité parfois mixte (papier et numérique). Les supports papier sont parfois scannés dans le système informatique. Prescription et administration pas toujours tracées sur le même support

# Présentation de la grille d'audit

*Evaluation des pratiques sur dossiers*

## 3 parties :

1- Caractéristiques générales du **patient** adulte et de son **séjour**

2- Caractéristiques de la **procédure chirurgicale ou interventionnelle**

3- **Administrations** d'ATB au patient

- Veille au soir (certaines spécialités chirurgicales)
- Administration initiale et ré-administration peropératoire
- Phase postopératoire

Description  
de la  
population  
étudiée

1-PATIENT		
1	Sexe	<input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> homme
2	Age ( $\geq 18$ ans)	/ ____ / ans
3	Poids	/ ____ / kg
4	Taille	/ ____ / cm
5	Si taille non tracée, indice de masse corporelle (IMC ou BMI) : / ____ / kg/m <sup>2</sup>	
<b>Etat de la fonction rénale</b>		
6	Insuffisance rénale signalée dans le dossier : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> pas d'information	
7	Créatininémie : / ____ / $\mu$ mol/l Débit de filtration glomérulaire (DFG) : / ____ / ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	
<b>Allergie aux bêtalactamines (pénicillines, céphalosporines...)</b>		
8	Information trouvée dans le dossier	<input type="checkbox"/> « allergie connue » <input type="checkbox"/> « pas d'allergie connue » <input type="checkbox"/> non
9	Si allergie connue	<input type="checkbox"/> allergie documentée <input type="checkbox"/> allergie suspectée

Nécessaire pour l'analyse des doses  
IMC calculé automatiquement (si données disponibles)

Fonction rénale :  
utile à connaître  
si ATBP postop

Allergies :  
impact sur  
choix de la  
molécule

1-PATIENT

(suite)

*Portage bactéries résistantes : pour analyse nationale (impact sur éventuelle modification de l'ATBP ?) – toutes spécialités*

**Données complémentaires à recueillir** (si présentes dans le dossier) :

10	Score ASA : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
11	Portage de bactéries résistantes (BMR, BHRé) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> pas d'information
12	Si oui, souches avec site de portage et date de dernier prélèvement (ex : SARM nasal, E-BLSE digestive...)
	Souche/site : /_____/_____/ Date : /_____/
	Souche/site : /_____/_____/ Date : /_____/
	Souche/site : /_____/_____/ Date : /_____/

*Chir colo-rectale : cf diapo suivante*

Données spécifiques à certaines spécialités

Dépistage E-BLSE :  
pratique intégrée  
en colo-rectal ? →

ECBU « + » peut  
être à l'origine de  
l'administration  
d'un ATB →

Données supplémentaires à recueillir en fonction de la SPECIALITE de l'acte

**Chirurgie colorectale : dépistage des E-BLSE** (entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi)

13	Ecouvillonnage rectal dans le mois précédent l'intervention	<input type="checkbox"/> réalisé pour ce patient et positif <input type="checkbox"/> réalisé et négatif <input type="checkbox"/> dépistage non en place ou résultat non tracé
----	---	--

14	Si réalisé et positif, souche d'E-BLSE	/ _____ / (si renseignée dans le dossier)
----	--	---

**Chirurgie urologique**

15	ECBU en prévision de l'intervention (si retrouvé dans le dossier)	<input type="checkbox"/> réalisé pour ce patient et positif <input type="checkbox"/> réalisé et négatif <input type="checkbox"/> examen non réalisé ou résultat non tracé
----	---	--

## Description du séjour

## 2-SEJOUR

1	Mode d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> conventionnel
2	Date d'admission (jj/mm/aa)	/__/__/__

*Permettra de  
distinguer  
ambu/JO/hors JO*

# ACTE

## PROCEDURE chirurgicale ou interventionnelle

1	Intitulé de l'acte (acte principal)	/ _____ /
2	Spécialité de l'équipe ayant pris en charge l'acte	/ _____ / (cf. liste des actes)
3	Acte programmé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (contexte d'urgence)
4	Code acte (cf. liste des actes) ( <b>obligatoire</b> )	/ _____ /
5	Code(s) CCAM (optionnel/pour analyses locales)	/ _____ /
6	Date de l'intervention (jj/mm/aaaa)	/ ___ / ___ / ____ /

## Horaires

7	Heure <b>d'entrée</b> du patient en salle d'intervention	/ ___ / h / ___ / min (si info disponible)
8	Heure d'incision/ <b>début</b> de l'acte interventionnel	/ ___ / h / ___ / min
9	Heure de suture/ <b>fin</b> de l'acte interventionnel	/ ___ / h / ___ / min
10	Si « heures » non disponibles, durée de <u>l'acte</u>	/ ___ / h / ___ / min
11	Heure de <b>sortie</b> du patient de la salle d'intervention	/ ___ / h / ___ / min

Spécialité telle que décrite dans les RFE

Cf. liste des actes fournie avec code associé (pour gestion informatique des intitulés)

Pour calcul automatique de la durée de l'acte

Ne pas confondre avec la durée de l'intervention (entrée/sortie du patient de la salle)

## PROCEDURE chirurgicale ou interventionnelle

(suite)

Pour évaluer  
l'articulation entre  
ATBP et anesthésie  
(avant/après ?)

Anesthésie		
11	Type d'anesthésie	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> AG+ALR <input type="checkbox"/> ALR <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> aucune
12	Si « AG » ou « AG+ALR », heure d'induction	/__/_/ h /__/_/ min
Volémie		
13	Notion de CEC, hémorragie peropératoire, perfusion de gros volumes, transfusion... (événement modifiant la volémie/le volume de distribution avec un impact éventuel sur l'ATBP)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> pas d'info

AG : anesthésie générale    ALR : anesthésie loco-régionale    CEC : circulation extra-corporelle

Information utile  
pour expliquer  
un changement  
dans l'ATBP

## 2 spécialités concernées, qqs actes : chirurgie colorectale et chirurgie d'affirmation du genre

### 1-VEILLE AU SOIR (uniquement dans certaines spécialités chirurgicales) → veille de l'intervention

1 Acte concerné par une ATBP la veille au soir (cf. aide au remplissage) :  oui  non  
 → si « non », passer à la page suivante

#### Si acte concerné :

2 Trace retrouvée de l'ATBP de la veille au soir pour  l'administration  la prescription  les deux  
 pas d'information

#### Si trace retrouvée : ATBP administrée (à défaut utiliser les données de prescription)

		Molécule A	Molécule B
3	Molécule(s)	<input type="checkbox"/> tobramycine <input type="checkbox"/> autre molécule	<input type="checkbox"/> métronidazole <input type="checkbox"/> autre molécule
4	Dose et unité	<input type="checkbox"/> 200 mg <input type="checkbox"/> autre dose	<input type="checkbox"/> 1 g <input type="checkbox"/> autre dose
5	Voie d'administration	<input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> autre voie	<input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> autre voie

ATBP pas toujours  
tracée en pratique  
(ex : ambu, JO) → évaluation

Recueil des données  
administrées  
(si possible,  
à défaut prescrites)

Le principe des RFE est d'administrer les 2 molécules ci-dessus « per os » (voie orale)  
 Il est vérifié que c'est bien le cas, sans évaluation précise des éventuelles alternatives utilisées  
 (réponse « autre » uniquement)

ATBP

Administration  
initiale

3 types de situation pour les molécules :

- 1 ATBP contenant 1 seule molécule → molécule A
- 1 ATB contenant 2 molécules → molécule A
- 2 ATB différents associés → molécule A et molécule B

1<sup>ère</sup> administration du jour de l'intervention  
(en principe avant intervention)

pour les cas **d'association** de 2 molécules

		Molécule A	Molécule B (le cas échéant)
<b>Administration initiale</b>			
5	Molécule(s) administrée(s)	/ _____ / (DCI)	/ _____ / (DCI)
6	Dose et unité	/ _____ / <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg	/ _____ / <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg
7	Voie d'administration	<input type="checkbox"/> injectable* <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> injectable* <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> autre
8	Durée perfusion (si précisée)	/ _____ / h / _____ / min	/ _____ / h / _____ / min
9	Heure <b>début</b> d'administration	/ _____ / h / _____ / min	/ _____ / h / _____ / min
<b>Remarques admin. initiale</b>			

DCI : dénomination commune internationale \*injectable : préciser le terme indiqué dans le dossier (IVL, perfusion, ...)

DCI : dénomination  
commune  
internationale

Si injectable :  
indiquer ce qui  
est retrouvé  
IVL, IVD, perf, ...  
(à visée descriptive)

Heure d'administration :  
pour calcul du délai  
avant début de l'acte  
à comparer à [0-60 min]

Durée à indiquer si  
perfusion longue ou  
continue (seulement si  
info disponible)

## Eventuelles ré-administrations au cours de l'intervention

	Molécule A	Molécule B (le cas échéant)
<b>Ré-administration peropératoire (le cas échéant) – Détail limité aux 2 premières ré-administrations</b>		
10	Nb <b>total</b> de ré-administrations (du début à la fin de l'acte) / ___ /	/ ___ /
<b>Détail de la 1<sup>ère</sup> ré-administration peropératoire (le cas échéant)</b>		
11	Molécule(s) administrée(s) / _____ / (DCI)	/ _____ / (DCI)
12	Dose et unité / _____ / <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg	/ _____ / <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg
13	Voie d'administration <input type="checkbox"/> injectable* : / ___ / <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> injectable* : / ___ / <input type="checkbox"/> autre
14	Durée perfusion (si précisée) / ___ / h / ___ / min	/ ___ / h / ___ / min
15	Heure <b>début</b> d'administration / ___ / h / ___ / min	/ ___ / h / ___ / min
<b>Détail de la 2<sup>ème</sup> ré-administration peropératoire (le cas échéant)</b>		
16	Molécule(s) administrée(s) / _____ / (DCI)	/ _____ / (DCI)
17	Dose et unité / _____ / <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg	/ _____ / <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg
18	Voie d'administration <input type="checkbox"/> injectable* : / ___ / <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> injectable* : / ___ / <input type="checkbox"/> autre
19	Durée perfusion (si précisée) / ___ / h / ___ / min	/ ___ / h / ___ / min
20	Heure <b>début</b> d'administration / ___ / h / ___ / min	/ ___ / h / ___ / min
<b>DERNIERE administration peropératoire</b>		
21	Heure <b>dernière</b> administration / ___ / h / ___ / min	/ ___ / h / ___ / min

*nb total de ré-administrations sur toute la durée de l'acte*

*détail uniquement pour les 2 1<sup>ères</sup> ré-administrations (le cas échéant)*

*Heures d'administration : pour calcul des délais de réinjection*

# ATBP

## Administration postopératoire

**Principe :** recueil de toute administration postop d'ATB qq soit indication (ATBP, ATBT...) dans la suite d'une ATBP

**Indication précise** recueillie (cf. diapo suivante)

**Objectifs :**  
1-Vérifier que ATBP réalisée quand indiquée (rare) et son délai (< à 24 ou 48h ?)

2-Identifier d'éventuelles autres situations (ex : ATBT) et leur justification (mésusage ?)

**Approche différente de ATBP initiale ou peropératoire !**

- nb de jours
- nb de fois par jour
- dose à chaque fois

Date et heure : pour calcul du délai entre fin de l'acte et ré-administration postop

### RAPPELS :

- A la suite de l'administration initiale et des éventuelles ré-administrations peropératoires, il est demandé de recueillir toute administration d'ATB pendant le séjour (à la recherche d'un prolongement de l'antibioprophylaxie et/ou de la mise en route d'une antibiothérapie), qu'il y ait une indication ou non.
- Seules les données d'administration sont à recueillir (ne pas évaluer la prescription, sauf profil du prescripteur)
- Les changements survenant en cours de phase postopératoire sont à noter dans « éléments modifiés »

Administration uniquement liée au séjour et en postopératoire « immédiat »

	Molécule A	Molécule B (le cas échéant)
<b>Administration postopératoire - même(s) molécule(s) qu'en pré/peropératoire ou autres molécules</b>		
3	Molécule(s) administrée(s) / _____ / (DCI)	/ _____ / (DCI)
4	Dose à chaque administration / _____ / <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg	/ _____ / <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg
5	Voie d'administration <input type="checkbox"/> injectable <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> autre : / _____ /	<input type="checkbox"/> injectable <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> autre : / _____ /
6	Durée perfusion (si précisée) / _____ h / _____ min	/ _____ h / _____ min
7	Profil du ou des prescripteurs (si retrouvé) (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> chirurgien <input type="checkbox"/> médecin/radiologue interventionnel <input type="checkbox"/> infectiologue	<input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> chirurgien <input type="checkbox"/> médecin/radiologue interventionnel <input type="checkbox"/> infectiologue
<b>PREMIERE administration postopératoire</b>		
8	Date (jj/mm/aaaa) / ____ / ____ / ____	/ ____ / ____ / ____
9	Heure 1 <sup>ère</sup> administration / ____ h / ____ min	/ ____ h / ____ min
<b>DERNIERE administration postopératoire</b>		
10	Date (jj/mm/aaaa) / ____ / ____ / ____	/ ____ / ____ / ____
11	Heure dernière administration / ____ h / ____ min	/ ____ h / ____ min
<b>Nombre total d'administrations en postopératoire (du 1<sup>er</sup> au dernier jour d'administration)</b>		
12	Nb total d'administrations / ____ / (1,2,3,4...)	/ ____ / (1,2,3,4...)
13	Éléments modifiés dans les suites de la 1 <sup>ère</sup> administration postopératoire (le cas échéant) (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> molécule <input type="checkbox"/> dose <input type="checkbox"/> voie d'administration <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> molécule <input type="checkbox"/> dose <input type="checkbox"/> voie d'administration <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> aucun

Molécule : au cas où différente de ATBP initiale et/ou perop

En postop, il peut exister d'autres voies (cf. ATBT)

Pour calculer la durée d'administration des ATB

Pour comparer au nombre de doses attendues

Pour indiquer tout changement (difficile de recueillir le détail sur plusieurs jours)

**3-2-Indication/justification de l'administration d'antibiotiques en postopératoire**

14	Indication/justification postopératoire retrouvée dans le dossier : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
15	Si oui, libellé exact : / _____ /		
16	Si oui, type de situation ( <i>plusieurs réponses possibles</i> ) :		
	<b>En référence à un document</b>	<b>En référence à un professionnel</b>	<b>En référence à une suspicion d'ISO</b>
	<input type="checkbox"/> protocole local <input type="checkbox"/> recommandations françaises (RFE 2024) <input type="checkbox"/> recommandations étrangères <input type="checkbox"/> publication(s) récente(s)	<input type="checkbox"/> avis spécialisé (infectiologue, pharmacien, référent ATB) <input type="checkbox"/> choix du prescripteur ( <i>hors protocole local</i> )	<i>Eléments identifiés en peropératoire :</i> <input type="checkbox"/> découverte de signes d'infection <input type="checkbox"/> documentation microbiologique et/ou radiologique <input type="checkbox"/> gestes à risque ( <i>ruptures d'asepsie...</i> )
	<b>En référence au patient opéré :</b> <input type="checkbox"/> facteurs de risque <input type="checkbox"/> colonisation par des bactéries résistantes <input type="checkbox"/> autre		

**3-3-Analyse des données postopératoires recueillies****17-Conclusion sur la stratégie antibiotique adoptée en postopératoire (confirmation médicale requise) :**

- Prolongement de l'antibioprophylaxie (ATBP)
- Mise en route d'une antibiothérapie curative postopératoire (ATBT)
- Autre situation : / \_\_\_\_\_ /
- Interprétation non possible

Remarques conclusion