



# AUDIT DE PRATIQUES : L'ADMINISTRATION DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE (ATBP)

**⚠ Ne pas laisser ce formulaire dans le dossier du patient mais le mettre dans la pochette prévue à cet effet en SSPI**

Date de l'audit et de l'intervention : |\_\_|\_\_| / 12 / 2018

Grille n°: |\_\_|\_\_|\_\_|  
(réservé à la saisie informatique)

Site :  Bloc Émile Muller       Maternité Émile Muller 3  
 Thann       Altkirch

Service d'hospitalisation (UF) : |\_\_|\_\_|\_\_|

**Étiquette patient**

## PARTIE 1 : À RENSEIGNER EN PEROPÉRATOIRE

Nom de l'auditeur : \_\_\_\_\_

### CONTEXTE

Intitulé de l'intervention : \_\_\_\_\_

Type d'intervention :  programmée       urgente

Poids : |\_\_|\_\_| kg

Taille : |\_\_|\_\_| cm

Allergie à des antibiotiques :  aucune     bêta-lactamines (pénicilline, céphalosporine, ...)  
(plusieurs cases possibles)     autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### CRITÈRES D'EXCLUSION

Antibiothérapie curative (déjà en place ou à débiter d'emblée en peropératoire) :  oui       non

ATBP gérée par le chirurgien (par ex. injection intra-caméculaire pour cataracte) :  oui       non

**Si un «oui», ne pas remplir le reste du formulaire**

### ANTIBIOPROPHYLAXIE RÉALISÉE

ATBP administrée : **Si « non », ne pas remplir le reste du formulaire**       oui       non

L'ATBP a fait l'objet d'une prescription écrite sur la CPA :  oui       non  
(molécule + dosage ou mention « selon protocole »)

Si oui, prescripteur identifié (nom du MAR ayant fait la CPA présent) :  oui       non

Antibiotique(s) utilisé(s) : <small>(plusieurs cases possibles)</small>	<b>Molécule</b>	<b>Dosage</b> (première administration)
<input type="checkbox"/>	céfazoline	<input type="checkbox"/> 2 g <input type="checkbox"/> 4 g    autre :  __ , __ __  g
<input type="checkbox"/>	amoxicilline - acide clav.	<input type="checkbox"/> 2 g    autre :  __ , __ __  g
<input type="checkbox"/>	clindamycine	<input type="checkbox"/> 900 mg <input type="checkbox"/> 1200 mg    autre :  __ __ __  mg
<input type="checkbox"/>	gentamycine	__ __ __  mg
<input type="checkbox"/>	vancomycine	__ , __ __  g
<input type="checkbox"/>	métronidazole	<input type="checkbox"/> 1 g    autre :  __ , __ __  g
	autre(s) : _____	

(préciser l'unité)

### CONCERNANT LA 1ÈRE ADMINISTRATION ET L'INCISION

injection IV ► Heure de la première administration : |\_\_|\_\_|h|\_\_|\_\_|  
(heure d'injection si IV directe, ou fin de la perfusion)

administration per os ► Trace de la prise la veille dans le dossier :  oui       non

Heure de l'incision : |\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_|

## PARTIE 2 : À RENSEIGNER EN POSTOPÉRATOIRE

Nom de l'auditeur : | |

Heure de fin d'intervention (dernier point de fermeture) : |\_|\_|h|\_|\_|

### CONCERNANT LES ÉVENTUELLES RÉADMINISTRATIONS (RÉINJECTIONS)

	Nombre de réinjections :	_
<b>Peropératoire</b>	Dose de chaque réinjection (préciser l'unité):	_   _
	Heure de la 1ère réinjection :	_ _ h _ _
	Nombre de réinjections :	_
<b>Postopératoire</b>	Dose de chaque réinjection (préciser l'unité) :	_   _
	Heure de la 1ère réinjection :	_ _ h _ _

### REPLISSAGE DU DOSSIER D'ANESTHÉSIE

Renseignements concernant l'ATBP peropératoire :

- molécule :  oui  non
- posologie :  oui  non
- heure d'administration (heure notée ou marque indiquant le moment précis d'administration) :  oui  non

### SI LA DURÉE DE L'ATBP EST SUPÉRIEURE À LA CELLE PRÉCONISÉE PAR LE PROTOCOLE LOCAL

Même antibiotique :  oui  non

Prescription écrite retrouvée :  oui  non

Si oui, prescription par (une seule case possible) :  chirurgien  anesthésiste  
 autre  pas noté

Prescription motivée :  oui  non

Motif : |

Commentaires :

-----

-----

-----

-----