



Staphylocoque doré résistant à la méthicilline acquis dans la communauté

Questionnaire à remplir et à envoyer au service du médecin cantonal dans le délai d'une semaine à
maladies.transmissibles@etat.ge.ch

Patient/e

Nom/prénom : _____ / _____
Date de naissance : ___ / ___ / _____ Sexe : f m
NPA/Domicile _____ Canton _____ Nationalité: _____

Diagnostic

Motif du prélèvement positif :

- infection
 dépistage asymptomatique
 contrôle d'entourage
 autre _____ (à préciser obligatoirement)

Date du prélèvement initial : ___ / ___ / _____

Colonisation (absence d'infection clinique associée)

Infection

- Type d'infection : infection cutanée superficielle (impetigo, furoncle, folliculite, plaie, abcès superficiel) infection profonde des tissus mous (abcès profond, fasciite, pyomyosite)
 infection pulmonaire infection ostéo-articulaire bactériémie infection urogénitale
 autre : _____
- Il s'agit d'un(e) : 1^{er} épisode infection récidivante
- Hospitalisation associée : oui non

Facteurs de risque et expositions potentielles dans les 12 mois précédant le diagnostic :

Contact avec un lieu de soins de ≥ 24 heures, SANS lien avec l'infection actuelle : oui non
Soins ou consultations effectués en ambulatoire (dialyse, chirurgie ambulatoire) : oui non
Résidence dans un lieu de vie ou de soins communautaires : oui : _____ non
Employé dans un lieu de soins : oui: _____ non

Autres

Voyage(s) à l'étranger: oui non
Si oui, où : (1) _____ (2) _____ (3) _____ date dernier retour : ___ / ___ / _____
Personne dans l'entourage avec une infection MRSA: oui lien: _____ non
Séjour en collectivité (internat, foyer, prison, crèche, caserne, etc.) : oui non
Toxicomanie i.v: oui non
Sport collectif ou de contact: oui non Si oui, lequel: _____

Décolonisation

Décolonisation proposée au cas index : oui non
Contacts identifiés : oui nature du/des contact(s) : _____ non
Décolonisation proposée aux contacts identifiés: oui non

Médecin

Nom, adresse, no. Tél/email (ou timbre)
Date: ___ / ___ / _____ Signature: _____