Évaluation de la prise en charge des sepsis en service d'urgences

U-SEPSIS

PROMOTEUR
Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence / Collège Occitanie de Médecine d'Urgence
Contact : Dr Mathieu OBERLIN
mathieu.oberlin@ch-cahors.fr

TITRE	**U-SPESIS** **Evaluation de la prise en charge des sepsis en service d'urgences**	
PROMOTEUR	NOM Adresse Téléphone	*Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence* Dr Mathieu OBERLIN, mathieu.oberlin@ch-cahors.fr Hôpital La Grave, Place Lange TSA 60033 - 31059 Toulouse Cedex 9 Tél : 05 65 20 54 41
SOUS-TRAITANT	NOM Adresse Téléphone	*Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées* Dr Olivier AZEMA, azema.o@orumip.fr ORU-MiP - Hôpital La Grave, Place Lange TSA 60033 - 31059 Toulouse Cedex 9 *Tél : 05 61 77 87 43*
CO-INVESTIGATEURS	**Département** Service d'urgences	**09 :** CHI des Vallées de l'Ariège, CH de Saint-Girons **11 :** CH de Narbonne, CH de Carcassonne, Cl. Le Languedoc, Cl. Montréal, CH de Castelnaudary **12 :** CH de Rodez, CH de Millau, CH de Villefranche de Rouergue, CH de Decazeville, CH de Saint-Affrique **30 :** CHU Nîmes, CH d'Alès, CH de Bagnols-sur-Cèze, Cl. Grand Sud, Cl. Bonnefon **31 :** CHU de Toulouse, Cl. d'Occitanie, Cl. de l'Union, CH de Saint-Gaudens, Cl. Saint Jean Languedoc, Cl. des Cèdres, Hôpital Joseph Ducuing, Cl. Ambroise Paré **32 :** CH d'Auch, CH de Condom **34 :** CHU de Montpellier, CH de Béziers, CH de Sète, Cl. Via Domitia, Cl. du Millénaire, Cl. St-Privat, Cl. St-Roch, Cl. St-Jean, Cl. du Parc, Cl. Saint-Louis, Cl. Pasteur, Cl. des 3 Vallées, Cl. Beau-Soleil, **46 :** CH de Cahors, CH de Figeac, CH de Saint-Céré, CH de Gourdon **48 :** CH de Mende **65 :** CH de Tarbes, CH de Lourdes, CH de Lannemezan, Cl. de l'Ormeau, CH de Bagnères-de-Bigorre **66 :** CH de Perpignan, Cl. Saint-Roch, Cl. Saint-Pierre, Cl. du Vallespir, Cl. Saint-Michel **81 :** CHI de Castres-Mazamet, CH d'Albi, CH de Lavaur, Cl. Claude Bernard, Cl. du Sidobre **82 :** CH de Montauban, Cl. du Pont de Chaume, CHI de Castelsarrasin-Moissac
AUTRES PARTICIPANTS	*CHARPENTIER Sandrine – Tel : 05 61 32 33 63* CHU de Toulouse – Pôle de médecine d'Urgences- Hôpital Rangeuil- 1 avenue Jean Poulhes- 31 400 Toulouse *CLARET Pierre Géraud – Tél : 04 66 68 30 50* CHU de Nîmes, Pôle médecine d'Urgence, place du Professeur Robert Debré, 30029 Nîmes *FERNANDEZ Frédéric (CIL) Tél : 05 61 77 87 43* ORU-MiP - Hôpital La Grave, Place Lange TSA 60033 - 31059 Toulouse Cedex 9 *GROLLEAU Sabrina (Data manager) Tél : 05 61 77 87 43* ORU-MiP - Hôpital La Grave, Place Lange TSA 60033 - 31059 Toulouse Cedex 9 *HEBRARD Manon* (Attaché de recherche clinique)- Tel : 05 67 69 16 02 CHU Toulouse – Pôle de Médecine d'Urgences- Hôpital Purpan-Place du Dr Baylac, TSA 40 031 , 31059 Toulouse cedex 9	
TYPE D'ETUDE	Etude prospective, multicentrique, régionale	

DUREE DU PROJET	1 semaine
NOMBRE DE SUJETS	350 sur 7 jours
MOTS-CLES	Sepsis, syndrome infectieux, fièvre, urgence

RÉSUMÉ

Il n'existe que peu de données épidémiologiques concernant les patients pris en charge pour un sepsis en service d'urgences (SU) en France. Les seules données épidémiologiques en France sont des données de service de réanimation (Episepsis-2004). Cette méconnaissance des données de prise en charge est probablement liée à la difficulté de diagnostiquer et de définir le sepsis. Les dernières recommandations de 2016 dite sepsis-3 ainsi que les données récentes de la littérature permettent désormais de définir le sepsis en particulier grâce au score Q-SOFA.

Objectif principal

L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence du sepsis parmi la population admise en SU pour un syndrome infectieux.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de déterminer la prévalence du sepsis parmi l'ensemble des patients admis en SU, décrire la population admise pour un sepsis en SU et leur prise en charge, comparer les patients décédés aux survivants.

Matériel et méthode

Type d'étude
Etude multicentrique, régionale, prospective, basée sur un recueil observationnel.

Population étudiée
Tous les patients âgés de plus de 18 ans admis aux urgences pour un syndrome infectieux prouvé ou suspecté.

Critère de jugement principal

La présence d'un sepsis défini par les recommandations dites de Sepsis-3 : présence d'un syndrome infectieux associé à une dysfonction d'organe mettant en jeu le pronostic vital. En l'absence de critères cliniques clairement définis, le sepsis sera défini dans notre étude comme un syndrome infectieux associé à un score Q-SOFA ≥2.

Centres d'inclusion
La participation des centres est une démarche active et volontaire. L'ensemble des services d'urgence publics et privés de la région Occitanie sont sollicités.

Durée
7 jours d'inclusion

Recueil des données

L'inclusion est effectuée par le médecin urgentiste au moment du diagnostic ou de la suspicion de syndrome infectieux. Le patient ou sa famille sont informés oralement et via une note d'information de l'inclusion dans l'étude. Les données (saisies sur formulaire papier) sont recueillies par le médecin urgentiste tout au long de la prise en charge : données anamnestiques, cliniques, thérapeutiques et délais (page 1). Un suivi intra hospitalier dans la limite de un mois sera réalisé par le médecin investigateur de chaque centre : durée d'hospitalisation, décès, résultats bactériologiques, diagnostic final.

Nombre de sujets attendus

Les données issues des bases de données 2016 de l'ORU Midi-Pyrénées et de l'ORU Languedoc-Roussillon ont permis d'estimer un total de 350 patients sur une durée de 7 jours.

Analyse des données

Une analyse globale à partir d'indicateurs simples telles que les durées de prise en charge et les stratégies thérapeutiques sera réalisée.

SOMMAIRE

1. **Rationnel et originalité** Page 5
2. **Objectifs** Page 6
3. **Type d'étude et population étudiée** Page 6
4. **Déroulement du recueil** Page 7
5. **Analyse statistique et publication des résultats** Page 8
6. **Aspect Règlementaire et budgétaire** Page 8
7. **Calendrier prévisionnel** Page 8
8. **Bibliographie** Page 9
9. **Annexes** Page 10

   Annexe 1 - Détail du Q-SOFA
   Annexe 2 - Note d'information au patient
   Annexe 3 - Questionnaire papier

1. Rationnel et originalité

La prise en charge du sepsis est un enjeu majeur en médecine d'urgence. Nous savons depuis les études de Rivers que la mortalité augmente avec le retard diagnostique et thérapeutique (1,2). Ces données ont été renforcées et confirmées avec la dernière conférence de consensus autour de la prise en charge du sepsis dit 3.0 (3). L'enjeu majeur est la reconnaissance précoce du sepsis chez des patients pouvant avoir des présentations cliniques trompeuses. Récemment, une étude internationale a validé le score Q-SOFA≥2 comme facteur prédictif de mortalité (4). Ce score pourrait être utilisé dès l'accueil du patient pour diagnostiquer le sepsis chez un patient présentant un syndrome infectieux ou une histoire de syndrome infectieux. Il pourrait être utilisé également pour diagnostiquer les formes trompeuses de sepsis chez des patients ne présentant pas de fièvre à l'admission (3).

En raison des difficultés à définir le sepsis, l'incidence du sepsis n'est pas connue précisément (5). Les données épidémiologiques américaines avant sepsis-3 estiment son incidence à 3,0 pour 1000 habitants et à 2,26 pour 100 hospitalisations. Sa mortalité serait de 28,6% (6). Les données les plus nombreuses sont les données issues des services de réanimation et de soins continus. Le sepsis représente 10% des admissions dans les unités de soins intensifs américains et son taux de mortalité est entre 10 et 20% (7, 8, 9). En France, l'étude Episepsis, a été menée dans les services de soins intensifs et réanimation entre 2009 et 2011 (10). Elle retrouve une incidence des sepsis de 13,5% des admissions, en hausse sur la période. La mortalité hospitalière est de 39,5%, en baisse sur la période. Toutes ces données ont été recueillies avec l'ancienne définition du sepsis datant de la précédente conférence de consensus (11), largement critiquée (12).

Avec la nouvelle définition du sepsis, dit sepsis-3, l'incidence exacte du sepsis n'est donc pas précisément connue et tous les travaux de recherche épidémiologique doivent être reprécisés. D'après des données récentes américaines publiées en 2017, le sepsis selon la

définition de sepsis-3 représente 6% des admissions avec une mortalité hospitalière de 15% (5). Cette incidence est stable entre 2009 et 2014 alors que la mortalité hospitalière est en baisse de 3,3% par an.

Nous souhaitons déterminer la prévalence du sepsis parmi les patients admis pour un syndrome infectieux dans les SU de la région Occitanie en se basant sur la nouvelle définition du sepsis et décrire l'épidémiologie, la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette population.

Bénéfices attendus

Cette étude permettra de décrire la population admise pour un sepsis et sa prise en charge thérapeutique dans les SU de la région Occitanie. Ce sera également la première étude descriptive française utilisant la nouvelle définition du sepsis et le score Q-SOFA.

Nous connaitrons la prévalence du sepsis parmi les patients suspects de syndrome infectieux en SU. Nous pourrons dégager des pistes de recherche sur les facteurs de risque associés à la survenue d'un sepsis.

Organisation des structures d'urgence en région Occitanie

Au 1er janvier 2016, la population de la région Occitanie est estimée à 5 830 166 habitants soit 8,7% de la population en France Métropolitaine.

Les structures d'urgences sont réparties comme suit :

- 13 SAMU
- 35 sites SMUR
- 66 services d'urgence

2. Objectifs

Objectif Principal

Déterminer la proportion de patients présentant un sepsis selon la définition de la sepsis-3 parmi la population consultant aux urgences pour un syndrome infectieux ou une suspicion de syndrome infectieux.

Objectifs Secondaires

- Déterminer la prévalence du sepsis parmi l'ensemble des patients admis en SU.
- Décrire la population admise pour un sepsis en SU : âge, comorbidités, paramètres cliniques, bactériologie, devenir, mortalité.
- Décrire la prise en charge en SU des patients présentant un sepsis en SU : délai de remplissage et antibiothérapie, utilisation d'amines vasopressives.
- Comparer les patients en sepsis aux patients présentant un syndrome infectieux sans sepsis.
- Comparer les patients décédés aux patients vivants.

3. Type d'étude et population étudiée

Type d'étude

Etude prospective régionale multicentrique observationnelle.

Durée du recueil

7 jours

Critères d'inclusion

Tous les patients âgés de plus de 18 ans admis en SU avec un syndrome infectieux diagnostiqué ou suspecté à l'admission et/ou pendant la prise en charge aux urgences par le

médecin urgentiste défini par des arguments cliniques comme la fièvre, des examens biologiques (élévation de la CRP et/ou de la PCT et/ou hyperleucocytose), des résultats microbiologiques ou d'imagerie.

Critère de jugement principal

Le sepsis est défini par les recommandations dites de Sepsis-3 : présence d'un syndrome infectieux associé à une dysfonction d'organe mettant en jeu le pronostic vital. En l'absence de critères cliniques clairement définis, le sepsis sera défini dans notre étude comme un syndrome infectieux associé à un score Q-SOFA ≥2.

Pour chaque patient inclus, le médecin urgentiste évalue le score Q-SOFA et détermine la présence ou l'absence d'un sepsis au cours de la prise en charge aux urgences.

Critère de jugement secondaire

La prévalence du sepsis parmi l'ensemble de la population admise en SU sera définie après avoir recueilli le nombre de passages dans chaque SU sur la période.

Les données épidémiologiques, de prise en charge diagnostique et thérapeutique sont détaillées sur le CRF.

Structures concernées

Tous les SU volontaires de la région Occitanie

Nombre de sujets nécessaires et de patients attendus

Avec une estimation de l'incidence du sepsis de 20% parmi les patients admis en SU pour un syndrome infectieux, un risque alpha de 5% et une précision de 10%, l'estimation du nombre de sujets nécessaires est de 62 patients en sepsis soit 310 patients présentant un syndrome infectieux.

Selon le nombre de patients s'étant présentés dans un service d'urgences de la région Occitanie en 2016, on peut estimer à 350 le nombre de patients à inclure sur une durée de recueil de 7 jours (données issues des données des Observatoires régionaux des urgences de Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon en 2016).

4. Déroulement du recueil

Les patients répondant aux critères seront inclus par le médecin investigateur et bénéficieront d'une prise en charge conforme à la prise en charge habituelle au sein du service des urgences. Le score Q-SOFA sera calculé pour tous les patients inclus dès l'admission du patient, comme le suggèrent les recommandations.

Information au patient

Le patient sera informé des détails de l'étude dans laquelle le médecin investigateur l'a inclus. Une note d'information (Cf. Annexe 2) lui sera remise pour lui notifier son inclusion et lui rappeler sa liberté de sortir du recueil à tout moment. Il sera libre de s'opposer au traitement des données le concernant. Il aura en outre accès à ses informations, et pourra demander leurs modifications.

Données recueillies

Le médecin investigateur remplit les données du CRF papier (Cf. Annexe 3). Celui-ci sera rempli de manière lisible et indélébile au stylo à bille bleu ou noir. En cas d'erreur, les informations erronées seront barrées d'un simple trait, la donnée initiale doit rester visible et l'information correcte sera inscrite à côté.

Les données d'arrivée aux urgences (heure d'entrée, mode et moyen d'arrivée), les données anamnestiques, les données cliniques, les thérapeutiques mises en œuvre, l'heure de sortie ainsi que l'orientation du patient seront recueillies par le médecin urgentiste prenant en charge le patient (Cf. Annexe 3 - Page 1 du recueil).

La présence du sepsis est déterminée par le médecin urgentiste qui inclut le patient. Il le renseigne sur le CRF. Le sepsis est défini dans notre étude par la présence d'un syndrome infectieux associé à un score Q-SOFA ≥2.

Il n'est pas prévu de rappel des patients. Le suivi est un suivi intra-hospitalier dans la limite de un mois. Le médecin investigateur de chaque centre effectue le suivi à la sortie d'hospitalisation de chaque patient inclus dans la limite de un mois. On recherchera particulièrement : le diagnostic final à la sortie d'hospitalisation, les résultats bactériologiques de sortie et le devenir du patient. Ces données seront colligées dans le recueil du suivi (Cf. Annexe 3 - Page 2 du recueil).

Monitorage du recueil

Le suivi du recueil sera assuré par un binôme constitué, au cas par cas, de l'investigateur principal et de l'investigateur de chaque site. Une information auprès des médecins urgentistes et du personnel soignant sera réalisée afin de présenter les modalités de recueil de données, en particulier la définition du sepsis choisie pour cette étude. Le médecin urgentiste qui inclut le patient devra déterminé la présence ou non d'un sepsis pour tous les patients inclus.

Les CRF saisis sont recueillis par le référent de chaque centre investigateur. Celui-ci s'assurera que les données ont été correctement renseignées (contrôle qualité et

exhaustivité de saisie des variables). Le référent procède au recueil du devenir des patients à la sortie d'hospitalisation ou à J30. Après copie et suppression du bandeau comportant l'étiquette, les données sont transmises au promoteur de l'étude.

Une sous traitance est faite avec l'ORUMiP, le document de sous-traitance reste à disposition des autorités et de tout partenaire de l'étude qui en fera la demande au promoteur par mail à l'adresse mathieu.oberlin@ch-cahors.fr

5. Analyse statistique et publication des résultats

L'analyse statistique sera réalisée sur le logiciel R Core Team.

La prévalence par rapport à l'ensemble des syndromes infectieux et aux admissions totales sera calculée en rapportant le nombre de sepsis admis pendant la période de l'étude rapporté au nombre de syndrome infectieux et au nombre d'admission total. Elle sera exprimée en pourcentage et intervalle de confiance à 95%.

La normalité de la distribution des variables quantitatives sera explorée à l'aide du test de normalité de Shapiro-Wilks, ainsi que par la méthode graphique de la droite de Henry (Q-Q plot). Les résultats statistiques seront présentés sous forme de moyennes et d'écarts-types pour les variables quantitatives dont la distribution est gaussienne, et médianes et intervalles interquartiles pour les autres variables. La comparaison des variables quantitatives entre les différents groupes sera réalisée par le test de Student ou de Wilcoxon.

Pour les variables qualitatives, les effectifs et les pourcentages associés seront présentés. La comparaison des variables qualitatives entre les différents groupes sera réalisée par le test du chi2 ou le test exact de Fisher si les effectifs théoriques sont inférieurs à 5.

Une différence sera considérée comme statistiquement significative lorsque le degré de signification du test sera inférieur ou égal à 0,05.

Publication des données

Une publication sera réalisée et les données seront rendues aux investigateurs de façon globale et pour chaque site concerné le souhaitant courant 2019.

6. Aspect règlementaire et budgétaire

Déclaration CNIL sous le n°**2176009**.

Le data-management sera réalisé par l'ORU-MiP. L'analyse statistique sera assurée par Dr PG CLARET.

7. Calendrier prévisionnel

2ème trimestre 2018

- Définition et compréhension des variables recueillies testées par des médecins urgentistes
- Soumission CEREES / CNIL
- Mise en place des centres investigateurs

Septembre 2018 : Début des inclusions sur 7 jours pour l'ensemble des centres investigateurs participants

Dernier trimestre 2018 : Transmissions des fiches CRF au promoteur et début du traitement des données

Courant 2019 : Publications

8. Bibliographie

1) Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al (2001) Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 345:1368-77

2) Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, et al (2017) Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. N Engl J Med 23:2235-2244

3) Singer M, Deutschman C, Seymour C, et al. (2016) The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315:801-10

4) Freund Y, Lemachatti N, Krastinova E, et al (2016) Prognostic Accuracy of Sepsis-3 Criteria for In-Hospital Mortality Among Patients With Suspected Infection Presenting to the Emergency Department. JAMA 317:301-308

5) Rhee C, Dantes R, Epstein L, et al (2017) Incidence and Trends of Sepsis in US Hospitals Using Clinical vs Claims Data, 2009-2014. JAMA 318:1241-1249

6) Angus D, Linde-Zwirble W, Lidicker J, et al (2001) Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med 29:1303-10

7) Angus DC, van der Poll T (2013) Severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 369:840-851

8) Cohen J, Vincent J-L, Adhikari NKJ, et al (2015) Sepsis: a roadmap for future research. Lancet Infect Dis 5:581-614

9) Peake SL, Delaney A, Bailey M, et al (2014) Goal-directed resuscitation for patients with early septic shock. N Engl J Med 16:1496-506

10) Quenot JP, Binquet C, Kara F, et al (2013) The epidemiology of septic shock in French intensive care units: the prospective multicenter cohort EPISS study. Crit Care 25;17

11) Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al (2003) 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 4:1250-6

12) Vincent JL, Opal SM, Marshall JC, et al (2013) Sepsis definitions: time for change. Lancet 381:774-5

9. Annexes

Annexe 1. Quick-SOFA (Q-SOFA)

Le score Quick-SOFA est un score aux critères simplifiés comparé au SOFA, utilisable hors réanimation et proposé en dépistage de patients pouvant avoir un sepsis.

Celui-ci se base sur trois critères :

- Pression artérielle systolique inférieure ou égale à 100 mm Hg
- Fréquence respiratoire supérieure à 22 c/mn
- Confusion (échelle de Glasgow inférieur à 15)

La présence de 2 critères Q-SOFA identifie des patients risquant d'avoir un mauvais pronostic et justifiant d'un monitorage accru, et/ou d'un traitement spécifique et/ou de prendre un avis en réanimation.

Annexe 2. Note d'information au patient

LETTRE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PATIENTS

U-SEPSIS :

Evaluation de la prise en charge des sepsis dans les services d'urgences de la région Occitanie

Madame, Monsieur,

Le médecin que vous venez de consulter aux urgences et qui vient de vous prendre en charge participe à une enquête intitulée « Prise en charge des sepsis dans les Structures d'Urgence de la région Occitanie », coordonnée par le collège Occitanie de médecine d'urgence.

Cette enquête n'est pas une recherche clinique. Son objectif est de décrire la prise en charge des patients présentant un état septique grave lorsqu'ils ont recours en urgence au système de soins afin d'évaluer les pratiques pour améliorer la qualité des soins dispensés. Votre médecin conserve son entière liberté pour assurer votre traitement et votre suivi.

Les informations analysées sont exclusivement de nature médicale. Les informations ainsi que le devenir médical, uniquement pendant votre éventuelle hospitalisation, seront recueillies pour être analysées. Afin d'assurer la confidentialité des données de santé, les informations sont codées ne faisant pas apparaître l'identité de la personne et seront conservées sous clés. L'ensemble des informations recueillies sont insuffisantes pour retrouver votre identité.

Seuls les professionnels vous prenant en charge disposent des informations nominatives qui sont consignées uniquement dans le dossier médical. Les résultats de l'enquête sont susceptibles d'être publiés dans des revues médicales ou scientifiques.

Conformément à la loi n°78-17 dite « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, article 32 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, et par la loi n°2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de classification du droit et d'allègement des procédures, vous disposez d'un droit d'accès, de suppression ou de rectification des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel, susceptibles d'être utilisées dans le cadre de l'étude et d'être traitées.

Vous avez aussi le droit, sans avoir à donner de motif, de refuser de participer. Dans ce cas, soyez assuré(e) que cette décision n'aura aucune conséquence pénalisante, notamment sur la qualité de votre prise en charge. Ces droits s'exercent auprès du médecin en charge de l'étude qui seul connait votre identité. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, à l'ensemble de vos données médicales en application de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information, et restons à votre disposition pour tout renseignement utile.

Dr Mathieu OBERLIN, Collège Occitanie de médecine d'urgence

mathieu.oberlin@ch-cahors.fr

Annexe 3 : Questionnaire papier

Inclusions : Tous les patients âgés de plus de 18 ans admis aux urgences entre le 24 et le 30 septembre 2018 avec un syndrome infectieux diagnostiqué ou suspecté à l'admission et/ou pendant la prise en charge aux urgences par le médecin urgentiste

n° centre ___ n° patient ___

ETIQUETTE PATIENT

RECUEIL URGENCES n° centre ___ n° patient ___

DATE ADMISSION : ___ /___ / 2018 à ___ h ____ min

Mode d'arrivée : ☐ Adressé par médecin ☐ Centre 15 ☐ Seul ☐ Inconnu

Moyens d'arrivée : ☐ Propres moyens ☐ Ambulance Privée ☐ SMUR ☐ Sapeurs-pompiers

Tri IOA (score CIMU) : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NF

Réalisation QSOFA par IOA : ☐ oui ☐ non si oui, score : ___

Motif inclusion : ☐ Fièvre à l'admission
☐ Syndrome infectieux biologique au SU sans fièvre à l'admission
☐ Histoire de fièvre à domicile ou syndrome infectieux biologique bilan externe
☐ Autre : _____

Patient : Sexe H ☐ / F ☐ Age : _____ ans

Antécédents : ☐ Aucun ☐ Immunodépression ☐ Démence ☐ Diabète ☐ Grabataire

Insuffisance chronique : ☐ Cardiaque ☐ Hépatique ☐ Rénale ☐ Respiratoire

Le patient présente-t-il un sepsis ? ☐ oui ☐ non (Rappel : syndrome infectieux avec QSOFA≥2)

Admission : PA : _ _ _/_ _ _ FC : ____/min SpO2 : ___ % T° : ___°c FR : ___ /min

Trouble de la conscience : ☐ oui ☐ non

Point d'appel suspecté ☐ pulmonaire ☐ urinaire ☐ cutané ☐ neurologique ☐ abdominal
☐ os et articulation ☐ autres : _____
☐ inconnu

Données biologiques : CRP-PCT : ☐ oui ☐ non
Lactates : ☐ oui ☐ non Si oui, résultats = _____mmol/L
NFS : ☐ oui ☐ non

Prélèvement hémoculture : ☐ oui ☐ non

Traitements administrés aux urgences

Oxygénothérapie : ☐ oui ☐ non

Remplissage : ☐ oui ☐ non Si oui, heure administration : ____ h ____min
☐ Cristalloïde NaCl ☐ Ringer lactate ☐ Colloïdes gélatines
☐ HEA ☐ Dextrans ☐ autres : _____

Antibiothérapie : ☐ oui ☐ non Si oui, heure administration ___ h ___min
type antibiothérapie : _____

Amines vasopressives ☐ oui ☐ non Si oui, heure administration : ___ h ___ min

Date de sortie des urgences : ___ / ___ / 2018 à ___ h ___ min

Orientation : ☐ Domicile ☐ UHCD ☐ Médecine ☐ Chirurgie
☐ USC/Réanimation ☐ Décès

Page **1** sur **2**

*Inclusions : Tous les patients âgés de plus de 18 ans admis aux urgences entre le **24 et le 30 septembre 2018** avec un syndrome infectieux diagnostiqué ou suspecté à l'admission et/ou pendant la prise en charge aux urgences par le médecin urgentiste*

n° centre ___ n° patient ___

ETIQUETTE PATIENT

Suivi du patient

n° centre ___ n° patient ___

Toujours hospitalisé à J+30

☐ OUI

☐ NON, *si non :*

☐ **Décès pendant l'hospitalisation :** Date de décès : **__ / __ / 2018**

Diagnostic : _____

☐ **Sortie d'hospitalisation :** Date de sortie d'hospitalisation : **__ / __ / 2018**

Diagnostic de sortie : _____

Résultat bactériologique de sortie : _____

☐ ECBU ☐ Hémoculture ☐ LCR ☐ Matériel ☐ Autre : _____

RECOMMANDATIONS : RECUEIL ET TRANSMISSION DES DONNÉES

- RECTO et VERSO

- Compléter le n° de centre selon le listing fourni
- Compléter le n° du patient à incrémenter à chaque nouvelle inclusion dans votre SU (001, 002, 003, ...)

- RECTO RECUEIL URGENCES : À partir du 1er octobre

- Saisir les données en veillant aux données manquantes
- Photocopier la partie RECTO du CRF
  - Conserver l'original
  - **IMPORTANT** : Sur le CRF photocopié, découper la Zone comportant l'étiquette
  - Contacter le promoteur de l'étude pour les modalités de transfert des CRF

- VERSO SUIVI PATIENT : À la sortie d'hospitalisation et dans un délai maximum de 30 jours

- Saisir les données en veillant aux données manquantes
- Photocopier la partie VERSO du CRF
  - Conserver l'original
  - **IMPORTANT** : Sur le CRF photocopié, découper la Zone comportant l'étiquette
  - Contacter le promoteur de l'étude pour les modalités de transfert des CRF

COORDONNÉES PROMOTEUR

A l'attention du Dr Mathieu OBERLIN
Centre Hospitalier de Cahors
Service des Urgences
335 Rue Président Wilson
46000 CAHORS

Mail : mathieu.oberlin@ch-cahors.fr