### **Transfert de personne porteuse de BMR**

#### Institution ou service actuel :

N° tél. :

Initiales du bénéficiaire de soins :

Sa date de naissance :

Document à remplir pour une personne connue porteuse de BMR (anciennement ou actuellement) par le service actuel pour l’unité PCI du service suivant (autre institution, soins à domicile, …)

Cette feuille, ou les informations correspondantes, doit précéder ou, au plus tard, accompagner la personne transférée.

Service destinataire:…………………………………………………………………………………

*Copie à envoyer au médecin traitant: Dr………………………………………………………………………………..…*

**Bactérie multirésistante** suspectée ou identifiée : 

# Antécédents de colonisation / infection par une BMR

Non  Oui  Non dépisté

# Actuellement, personne porteuse de BMR : Non Oui

**Dépistage effectué** :  Non  Oui

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sites | Résultats | |
| Négatif | Positif |
| Nez |  |  |
| Gorge |  |  |
| Plis inguinaux |  |  |
| Cathéter |  |  |
| Sécrétions respiratoires |  |  |
| Plaie |  |  |
| Urines |  |  |
| Selles |  |  |
| Autre site |  |  |

Si oui, date: 

**Personne sous antibiothérapie**:

Non  Oui -> Antibiotique : 

du  au 

**Décolonisation :**

Non

Oui commencée le: 

Protocole terminé  Non -> poursuivre jusqu’au: 

Oui

Prélèvements de contrôle faits :

Non -> Dates prévues:  / 

Oui -> Dates:  / 

Résultats:  Négatif

Pas encore connu

Positif 🢫 Sites: 

Remarque: 

Date:  Rempli par  