### **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  