**Formulaire d'inscription**

**Module Swissnoso
« Relevé des infections du site opératoire »**

**A remplir et à retourner**

**par courriel à :**

**info@anq.ch**

**ou par courrier à :**

**ANQ-Vertragsmanagement, Thunstrasse 17, Case postale 370, 3000 Berne 06**

***Informations générales***

**[ ]  Hôpital**

**[ ]  Groupe hospitalier / réseau d'hôpitaux**

Nom de l'hôpital / de la clinique :
Nom du groupe hospitalier / réseau d'hôpitaux \*\* **:**

**\*\* Pour un groupe hospitalier / réseau d’hôpitaux, remplir le présent formulaire pour chacun des sites participant à la mesure et en donner la liste ci-dessous :**

**Attention : pour un groupe hospitalier, remplir à partir d'ici un formulaire distinct pour chaque site**

Nombre total de lits :

Nombre de lits en chirurgie :

**Adresse postale pour le contrat (module Swissnoso Enregistrement des infections du site opératoire) :**

Nom, prénom :

Fonction :

Adresse :

NPA, lieu :

Courriel :

**Adresse de la / du responsable de la qualité (module Swissnoso Enregistrement des infections du site opératoire) :**

Nom, prénom :

Fonction :

Adresse :

NPA, lieu :

Courriel :

Téléphone :

***Personnes de référence***

**Pour un groupe hospitalier / réseau d'hôpitaux, remplir tous les champs ci-dessous pour chacun des sites participant à la mesure.**

1. **Direction**

Site :

Nom, prénom :

Téléphone :

Courriel :

1. **Conseiller ou infirmier responsable de la surveillance**Site :

1. Nom, prénom :

Téléphone :

Courriel :

2. Nom, prénom :

Téléphone :

Courriel :

3. Nom, prénom :

Téléphone :

Courriel :

1. **Responsables de la supervision médicale :**

1. Nom, prénom :

Téléphone :

Courriel :

2. Nom, prénom :

Téléphone :

Courriel :

**Pour un groupe hospitalier / réseau d'hôpitaux, remplir tous les champs suivants pour chacun des sites participant à la mesure.**

***Types d'interventions que vous voulez inclure dans la mesure (trois au minimum)***

***Cocher les interventions qui doivent être incluses dans la mesure et en indiquer le nombre approximatif par an***

**Site : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Interventions** | **Nombre / an** |
| **Plan de mesures Adultes** |  |
| **[ ]**  | Appendicectomie |  |
| **[ ]**  | Implant électif primaire de hanche |  |
| **[ ]**  | Implant électif primaire de genou |  |
| **[ ]**  | Cholécystectomie |  |
| **[ ]**  | Cure de hernie |  |
| **[ ]**  | Chirurgie cardiaque |  |
| **[ ]**  | Césarienne |  |
| **[ ]**  | Chirurgie du côlon (obligatoire)  |  |
| **[ ]**  | Chirurgie de la colonne vertébrale**:** excision, destruction, remplacement du disque intervertébral, cure de hernie discale, ostéosynthèse |  |
| **[ ]**  | Hystérectomie: hystérectomie abdominale et vaginale, y compris interventions laparascopiques |  |
| **[ ]**  | Bypass gastrique |  |
| **[ ]**  | Interventions sur le rectum |  |
| **Plan de mesures Enfants** |  |
| **[ ]**  | Appendicectomie chez les enfants/adolescents < 16 ans |  |
|  | **Total** |  |

Remarque :

Le « **plan de mesures Adultes**» prévoit le relevé de trois types d’interventions au minimum, quel que soit le nombre d’interventions par type. La chirurgie du côlon est obligatoire, les deux autres sont à choisir librement. Si votre établissement ne peut pas inclure trois de ces interventions dans la mesure, il doit demander une dispense à l’ANQ (<http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20150908_Formular_Dispengesuch_fr.pdf>)

Le « **plan de mesures Enfants** » prévoit le relevé de cette intervention, quel qu’en soit le nombre.

Lieu :       Nom, fonction :

Date :       Signature :