**Rapport d’activités de l’EMH**

**Année :**

**1°Identification de l’EMH**

Nom de l’établissement porteur de l’EMH : ……………………………………………………………………………………………………………………..

Date de mise en place de l’EMH : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Département(s)concerné(s) : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2°Coordonnées du déclarant**

Nom, Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3°Ressources humaines de l’EMH**

Temps IDE hygiéniste dédié en ETP :

**4°Activité**

4-1 Données globales

|  |  |
| --- | --- |
| **EHPAD couvertes par l’EMH** | **Nombre total de jours d'interventions effectués** |
|
| **1** | *Nom de l'EHPAD et ville* |   |
| **2** |   |   |
| **3** |   |   |
| **4** |   |   |
| **5** |   |   |
| **6** |   |   |
| **7** |   |   |
| **8** |   |   |
| **9** |   |   |
| **10** |   |   |
| **11** |   |   |
| **12** |   |   |
| **13** |   |   |
| **14** |   |   |
| **TOTAL** |  |  |

Les jours d’interventions incluent les contacts téléphoniques et les déplacements au sein de l’EHPAD, ainsi que la préparation dite « de bureau » spécifique à l’EHPAD.

4-2 Nombre de déplacements programmées et effectués

Un déplacement peut correspondre à plusieurs modalités.

|  |  |
| --- | --- |
| **EHPAD** | **Nombre de déplacements programmés** |
| **Etat des lieux** | **Programme d'action : élaboration/bilan** | **Protocoles : aide à la rédaction/adaptation/ diffusion** | **Formations** | **Audit : aide/réalisation**  | **Carnet sanitaire : réalisation/mise en œuvre/suivi** | **Autres** (précisez en clair) | **Total** |
| **1** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **3** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **4** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **5** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **6** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **7** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **8** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **9** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **10** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **11** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **12** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **13** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **14** |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |

4-3 Nombre de déplacements non programmées et effectués dans le cadre d’aide à la gestion d’alertes sanitaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EHPAD** | **Nombre de déplacements non programmés dans le cadre d'aide à la gestion d'alertes sanitaires** |  |
| **Alertes de nature environnementale (ex : contamination réseau ECS par des légionnelles, fontaine à eau)** | **Epidémie** | **patient porteur** | **Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)**  | **Légionellose** | **Autres maladies infectieuses** (précisez en clair) |  |
|  **GEA**  |  **IRA**  |  **gale**  |  **BMR** |  **BHRe**  | ***Clostridium difficile***  | **Total** |
| **1** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **3** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **4** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **5** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **6** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **7** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **8** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **9** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **10** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **11** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **12** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **13** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **14** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4-4 Nombre total de conseils téléphoniques/mail (si activité tracée)

Lister les grandes thématiques concernées (ex : précautions standard, bionettoyage, aménagement des locaux, choix des dispositifs médicaux, …) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Thématiques** | **Nombre de conseils tel/mail** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Total** |  |

4-5 Formations/informations à destination des EHPAD

|  |  |
| --- | --- |
| **Thématiques** | **Nombre** |
| Précautions standard |  |
| Précautions complémentaires |  |
| Epidémies (IRA, GEA, Gale,….) |  |
| Entretien des locaux |  |
| Vaccination |  |
| Bon usage des ATB |  |
| BMR/ BHRe |  |
| Dispositifs invasifs |  |
| Environnement (légionnelle….) |  |
| Correspondant hygiène~~\*~~ |  |
| Autres |  |
| **Total** |  |

4-6 Participation à des réunions de travail, instances, groupes régionaux, filières gérontologiques….

|  |  |
| --- | --- |
| **Thématiques** | **Nombre de réunions** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Total** |  |

4-7 Animation par l’EMH de groupes de travail

|  |  |
| --- | --- |
| **Thématiques** | **Nombre de réunions** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Total** |  |