

Why did CHU Liege not take IGGI?

Symposium SBIMC-BVIKM

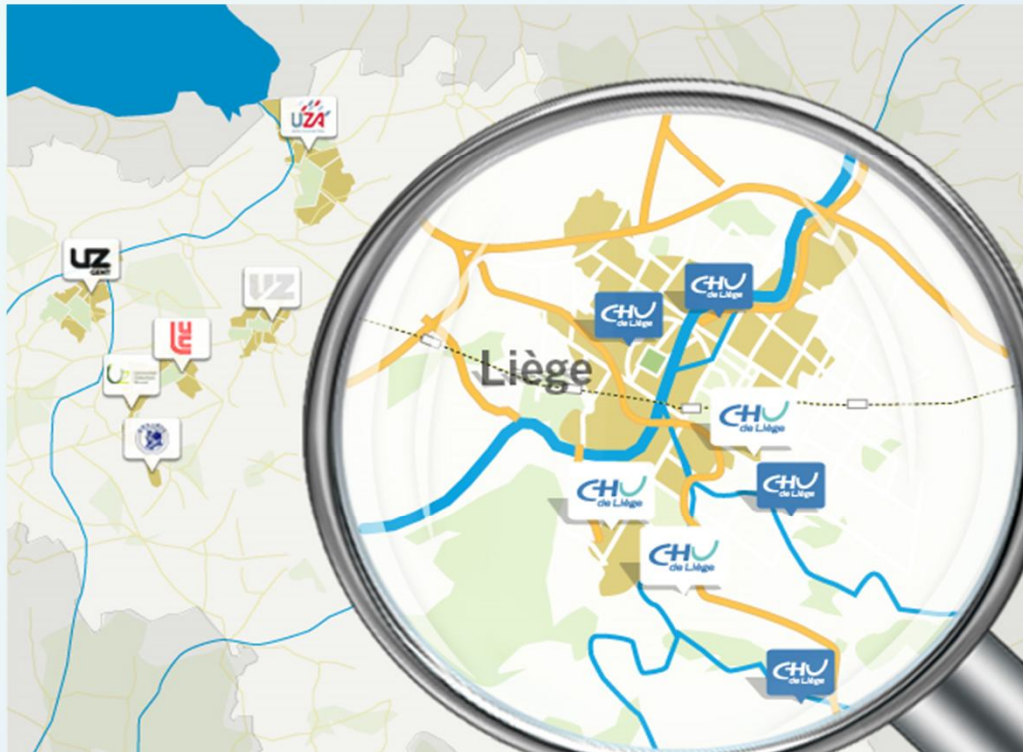
IGGI : ONE YEAR LATER !

22/11/2018

Julie Descy – Clinical microbiologist – CHU de Liège

CHU
de Liège



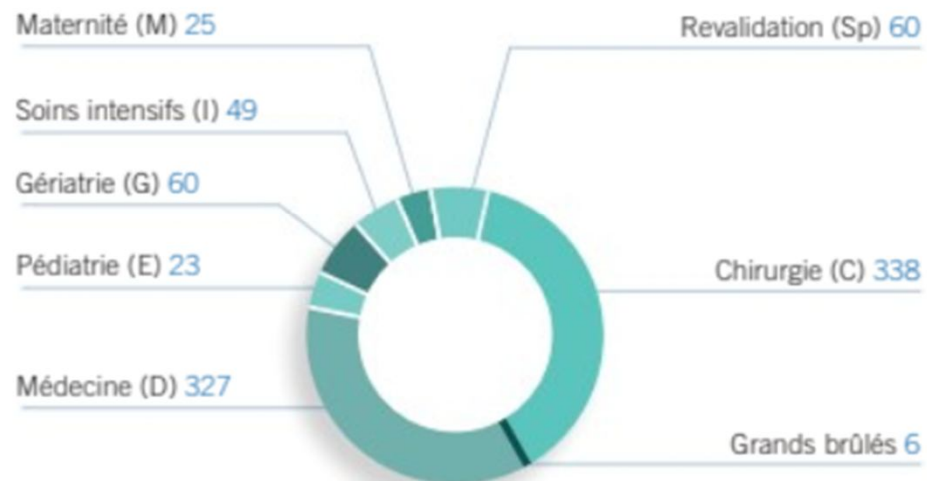


University hospital
888 beds

3 hospitalization sites
3 polyclinic sites



Capacité d'accueil : 888 lits agréés



Hospitalisation

- Admissions en hospitalisation classique : **41.663**
- Journées d'hospitalisation de jour : **44.060**
- Nombre de dialyses : **24.590**



Président GGA

Frédéric FRIPPIAT

Contacts

Secrétariat:

Séverine MARCK

Secrétariat:

Christiane LALLEMAND

Téléphone: 04 366 74 95

Fax: 04 366 88 98

christelle.vercheval@chuliege.be

Menu

- Accueil
- Mot sur le GGA
- Antibioguide
 - Anti-infectieux
 - Micro-organismes
 - Situations cliniques
 - Antibioprophylaxies
 - Informations pratiques
- Consommation des anti-infectieux
- Audits du GGA
 - Audit notification
 - Audit larges spectres
 - Audits nationaux et internationaux
- Campagne GGA
- Les Mardis de l'infectiologie
- Symposium des GGA CHU & CHR

GGA- Groupe de Gestion de l'Antibiothérapie

Composition

Président GGA :

Frédéric Fripiat, Infectiologue.

Délégué GGA :

Christelle Vercheval, Pharmacien hospitalier clinicien

Membres :

Geneviève Christiaens, Présidente Comité d'hygiène
Julie Descy, Microbiologiste
Christine Ernes, Directrice de la Pharmacie hospitalière
Jean-Baptiste Giot, Infectiologue
Marie-Pierre Hayette, Microbiologiste
Bernard Lambermont, Intensiviste
Nathalie Layios, Intensiviste
Philippe Léonard, Infectiologue
Pierrette Melin, Chef de Service de Microbiologie.
Christelle Meuris, Infectiologue et Médecin hygiéniste
Jacques Mutsers, Infirmier hygiéniste
Michel Moutschen, Chef de service d'Immunologie et d'Infectiologie
Catherine Orban, Infectiologue
Anne-Sophie Sauvage, Infectiologue
Thierry Van Hees, Directeur de la Pharmacie Clinique



- In January 2017: the GGA of the CHU de Liège published a new version of local guidelines for infectious disease: « Antibioguide »



→ Web-version

→ Open access for the « CHU staff » via local intranet

ANTIBIOGUIDE



Deep review of previous chapters of the « old » version
+ writing of new chapters

Methodology

- 5 full-days of brainstorming for the working group
 - 2 ID specialists, 1 microbiologist, 1 ICU physician, 1 clinical pharmacist
- All chapters were submitted to the GGA members for approbation before publication

Antibioguide: 5 parts

- **Anti-infectives:** posological adaptation in case of renal failure, reconstitution table for injectable anti-infectives, ...
- **Microorganisms:** list of intrinsic resistance, extrapolation of AB susceptibility + local epidemiological datas provided par the Hygiene team/Micro lab
- **Clinical situations:** UTI, respiratory infections, intra-abdominal infections, skin and soft tissue infections, ...
- **Antibioprophylaxis**
- **Useful informations:** link to national (BAPCOC) and international guidelines (IDSA, ESCMID, ECDC, ...), interesting publications, ...

Posological adaptation in renal failure

■ Accueil ■ Webmail ■ Annuaire des médecins ■ Annuaire du personnel ■ myCHU
 ■ Répertoire des services médicaux ■ Répertoire des services administratifs ■ Plan du site

Recherche

■ À propos du CHU ■ Soins aux patients ■ Administration ■ Vos applications ■ Vos documents ■ Travailler au CHU ■ CHU pratique

... → Soins aux patients → GGA- Groupe de Gestion de l'Antibiothérapie → Antibioguide → **Anti-infectieux** mar. 13 novembre 2016

Président GGA

Frédéric FRIPPIAT

Contacts

Secrétariat:
 Séverine MARCK
Secrétariat:
 Christiane LALLEMAND
 Téléphone: 04 366 74 95
 Fax: 04 366 88 98
 christelle.vercheval@chuliege.be

Menu

- Accueil
- Mot sur le GGA
- Antibioguide
 - Anti-infectieux
 - Micro-organismes
 - Situations cliniques
 - Antibiothérapies
 - Informations pratiques
- Consommation des anti-infectieux
- Audits du GGA
 - Audit notification
 - Audit larges spectres
 - Audits nationaux et internationaux
- Campagne GGA
- Les Mardis de l'infectiologie
- Symposium des GGA CHU IRCHP

Anti-infectieux

GÉNÉRALITÉS

- Adaptation des posologies des anti-infectieux en cas d'insuffisance rénale
- Modalités d'administration des anti-infectieux per os
- Passage la voie IV à la voie orale : "Let's go per os"
 - Document
 - Dépliant
- Tableau de reconstitution des anti-infectieux injectables
- Monitoring thérapeutique (TDM)
 - Mise à jour en cours
- Informations pratiques sur la prescription d'anti-infectieux
 - Amoxi/clav IV 2 g
 - Gentamycine B. Braun (Ecoflac)

REMARQUES SUR CERTAINS ANTI-INJECTIFS

- Ceftriaxone
- Colistine
- Linézolide

Insuffisance rénale	Posologies	stade 1	stade 2	stade 3	stade 4	stade 5	Hémodialyse (posologie cfr stade 5) Doses supplémentaires:		Hémo-filtration	Dialyse péritonéale	Remarques
							Avant hémodialyse	Après hémodialyse			
DFG		≥ 90 ml/min	60-89 ml/min	30-59 ml/min	15-29 ml/min	< 15 ml/min					
Antibiotiques											
Béta-lactames											
Amoxicilline PO	0,25 - 1 g/8 h	0,25 - 1 g/8 h	0,25 - 1 g/8 h	0,25 - 1 g/8 - 12 h	0,25 - 1 g/12 h	250 - 500 mg/12 h	/	250 - 500 mg	0,25 - 1 g/8 h	250 - 500 mg/12 h	
Amoxicilline IV	1 - 2 g/4 - 6 h	1 - 2 g/4 - 6 h	1 - 2 g/6 h	0,5 - 2 g/8 - 12 h	0,5 - 2 g/12 h	0,5 - 2 g/24 h	/	0,5 - 2 g	0,5 - 2 g/8 - 12 h	0,5 - 2 g/24 h	
Amoxicilline + clavulanate PO	875 mg + 125 mg/8 h ou 500 mg + 125 mg/6 h	875 mg + 125 mg/8 h ou 500 mg + 125 mg/6 h	875 mg + 125 mg/8 h ou 500 mg + 125 mg/6 h	875 mg + 125 mg/8 h ou 500 mg + 125 mg/6 h	500 - 875 mg + 125 mg/12 h	500 - 875 mg + 125 mg/12 h	/	500 - 875 mg + 125 mg	875 mg + 125 mg/8 h ou 500 mg + 125 mg/6 h	250 - 875 mg + 125 mg/8 h	En cas d'IR, le temps d'élimination de l'amoxicilline est augmenté de 6x alors que l'acide clavulanique de 2,6x. En cas de dialyse, l'élimination de l'acide clavulanique est plus rapide que l'amoxicilline.
Amoxicilline + clavulanate IV	1 - 2 g + 100 - 200 mg/6 h	1 - 2 g + 100 - 200 mg/6 h	1 - 2 g + 100 - 200 mg/6 h	1 - 2 g + 100 - 200 mg/6 h	1 - 2 g + 100 - 200 mg/12 h	500 mg - 1 g + 50 - 100 mg/12 h*	/	500 mg - 1 g + 50 - 100 mg*	1 - 2 g + 100 - 200 mg/6 h	1 - 2 g + 100 - 200 mg/6 - 8 h	* Forme pédiatrique Augmentin IV (1 g + 100 mg ou 500 mg + 50 mg)
Ampicilline IV	1 - 2 g/4 - 6 h	1 - 2 g/4 - 6 h	1 - 2 g/6 h	0,5 - 2 g/8 - 12 h	0,5 - 2 g/12 h	0,5 - 2 g/24 h	/	0,5 - 2 g	0,5 - 2 g/8 - 12 h	0,5 - 2 g/24 h	
Flucloxacilline PO	0,5 - 1 g/6 - 8 h	0,5 - 1 g/6 - 8 h	0,5 - 1 g/6 - 8 h	0,5 - 1 g/6 - 8 h	0,5 - 1 g/6 - 8 h	0,5 - 1 g/6 - 8 h	/	0,5 - 1 g	0,5 - 1 g/8 h	0,5 - 1 g/12 h	
Flucloxacilline IV	1 - 2 g/4 - 6 h	1 - 2 g/4 - 6 h	1 - 2 g/4 - 6 h	1 - 2 g/4 - 6 h	1 - 2 g/4 - 6 h	1 g/4 h ou 2 g/6 h	/	1 - 2 g	1 - 2 g/4 - 6 h	1 g/4 h ou 2 g/6 h	
Pénicilline G IV	4 x 10 ⁶ U.I./4 - 6 h	4 x 10 ⁶ U.I./4 - 6 h	4 x 10 ⁶ U.I./4 - 6 h	4 x 10 ⁶ U.I./4 - 6 h	4 x 10 ⁶ U.I./4 - 6 h	4 x 10 ⁶ U.I./6 - 8 h	/	1 - 4 10 ⁶ U.I.	4 x 10 ⁶ U.I./4 - 6 h	4 x 10 ⁶ U.I./6 - 8 h	Pénicilline G utilisée à haute dose en pratique (méningite, endocardite, infection ostéo-articulaire)
Pénicilline V (Phénoxyéthylpénicilline) PO	1 x 10 ⁶ U.I./6 h	1 x 10 ⁶ U.I./6 h	1 x 10 ⁶ U.I./6 h	1 x 10 ⁶ U.I./6 h	1 x 10 ⁶ U.I./6 h	1 x 10 ⁶ U.I./6 h	/	1 x 10 ⁶ U.I.	1 x 10 ⁶ U.I./6 - 12 h	1 x 10 ⁶ U.I./6 h	
Piperacilline + tazobactam IV	4 g/6 - 8 h en 30 min 12 - 16 g/24 h en 24 h 4 g/8 h en 4 h	4 g/6 - 8 h en 30 min 12 - 16 g/24 h en 24 h 4 g/8 h en 4 h	4 g/6 - 8 h en 30 min 12 - 16 g/24 h en 24 h 4 g/8 h en 4 h	4 g/6 - 8 h en 30 min 12 - 16 g/24 h en 24 h 4 g/8 h en 4 h	4 g/8 h en 30 min 12 g/24 h en 24 h 4 g/8 - 12 h en 6 h	4 g/12 h en 30 min 8 g/24 h en 24 h 4 g/12 h en 6 h	/	4 g 4 g 4 g	4 g/6 - 8 h en 30 min 12 - 16 g/24 h en 24 h 4 g/8 h en 4 h	4 g/12 h en 30 min 8 g/24 h en 24 h 4 g/12 h en 4 h	Il est recommandé d'effectuer un TDM après au moins administration de trois doses. En cas de perfusion continue, un TDM est recommandé après 24 h. Adaptation posologique en fonction du résultat.

Épidémiologie

Evolution des taux de sensibilité aux antibiotiques en 2017:

- CHU de Liège: patients hospitalisés et patients ambulatoires
- Site du Sart-Tilman: patients hospitalisés et patients ambulatoires
- Site de N.D. des Bruyères: patients hospitalisés et patients ambulatoires
- Site Ourthe-Ambève
- Unités de soins intensifs
- Répartition par type de prélèvements

Evolution des taux de sensibilité aux antibiotiques en 2016:

- CHU de Liège
- Site du Sart-Tilman
- Site de N.D. des Bruyères
- Site Ourthe-Ambève

Evolution des taux de sensibilité aux antibiotiques en 2015:

- CHU de Liège
- Site du Sart-Tilman
- Site de N.D. des Bruyères
- Site Ourthe-Ambève

Evolution des taux de sensibilité aux antibiotiques de 2009 à 2014:

- **AU CHU DE LIÈGE**
- **SUR LE SITE DU SART-TILMAN**
- **SUR LE SITE DE N.D. DES BRUYÈRES**
- **SUR LE SITE OURTHE-AMBLÈVE**
- **AUX SOINS INTENSIFS:**
 - du Sart-Tilman et de N.D. des Bruyères
 - du Sart-Tilman et de N.D. des Bruyères par type de prélèvements
ST +1B, ST +1C, ST +1D, ST +2C, ST -2C, ST -2D, BY 0C+

Statistiques de résistance

2017

		R	I	S	Total
<i>Enterobacter cloacae complex</i>	Ampicilline	100%	-	-	266
	Témocilline	19%	-	81%	265
	Ticarilline	50%	-	50%	2
	Amoxicilline/Ac.clav.	100%	-	-	266
	Pipéracilline/Tazob.	22%	8%	70%	266
	Ticarilline/Ac.clav.	50%	-	50%	2
	Céfuroxime-axétil	100%	-	0%	266
	Céfuroxime-sodium	100%	-	0%	266
	Céfotaxime	31%	1%	68%	266
	Ceftazidime	30%	1%	68%	266
	Céfépime	8%	10%	83%	266
	Céfoxitine	100%	-	-	1
	Aztréonam	25%	-	75%	4
	Imipénème	-	-	100%	2
	Méropénème	2%	-	98%	264
	Ertapénème	13%	2%	85%	266
	Amikacine	2%	1%	97%	266
	Gentamicine	14%	-	86%	266
	Tobramycine	-	-	100%	2
	Ciprofloxacine	14%	1%	85%	266
Lévofloxacine	-	-	100%	1	
Tigécycline	1%	-	99%	203	
Nitrofurantoïne	6%	38%	56%	266	
Colistine	2%	-	98%	265	
Fosfomycine	36%	-	64%	266	
Triméthoprim/sulfa.	18%	-	82%	266	

Président GGA

Frédéric FRIPPIAT

Contacts

Secrétariat:
 Séverine MARCK
Secrétariat:
 Christiane LALLEMAND
 Téléphone: 04 366 74 95
 Fax: 04 366 88 98
 christelle.vercheval@chuliege.be

Menu

- Accueil
- Mot sur le GGA
- Antibio-guide
 - Anti-infectieux
 - Micro-organismes
 - Situations cliniques
 - Antibio-prophylaxies

Antibio-prophylaxies

Vous trouverez ci-dessous le lien direct vers le tableau des antibio-prophylaxies du CHU de Liège.

Table des matières:

- 1 Antibio-prophylaxie en neurochirurgie
- 2 Antibio-prophylaxie en chirurgie ophtalmologique
- 3 Antibio-prophylaxie en chirurgie cardiaque
- 4 Antibio-prophylaxie en chirurgie vasculaire
- 5 Antibio-prophylaxie en chirurgie orthopédique
- 6 Antibio-prophylaxie en traumatologie
- 7 Antibio-prophylaxie en chirurgie thoracique
- 8 Antibio-prophylaxie en chirurgie ORL
- 9 Antibio-prophylaxie en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
- 10 Antibio-prophylaxie en chirurgie digestive
- 11 Antibio-prophylaxie en chirurgie urologique (urine stérile)
- 12 Antibio-prophylaxie en chirurgie gynécologique et en obstétrique
- 13 Antibio-prophylaxie en radiologie et médecine interventionnelle
- 14 Antibio-prophylaxie pour la chirurgie bariatrique (IMC > 35 kg/m²)
- 15 Antibio-prophylaxie en chirurgie plastique et reconstructive
- 16 Endoscopie digestive
- 17 Transplantation
- 18 Prophylaxie de l'endocardite infectieuse

Tableau des antibio-prophylaxies du CHU de Liège

Antibio-prophylaxis

Procédure	Antibiotique	Dose initiale	Ré-injection et durée	Commentaires
1. Antibio-prophylaxie en Neurochirurgie				
Germes probables : staphylocoques (<i>S. aureus</i> et staph à coagulase négative), entérobactéries, bactéries anaérobies telluriques, <i>Propionibacterium acnes</i>				
Dérivation interne du LCR	Céfazoline	2 g IV	Dose unique	
	Allergie: Vancomycine	15 - 20 mg/kg IV en 90 min.	Dose unique	
Dérivation externe du LCR	Pas d'antibio-prophylaxie			
Crâniotomie	Céfazoline	2 g IV	1 g/4 h en peropératoire	
	Allergie: Clindamycine	600 mg IV	Dose unique	
Neurochirurgie par voies trans-sphénoïdale et trans-labyrinthique	Amoxi/clav	2 g IV	Dose unique	
	Allergie: Moxifloxacin	400 mg IV	Dose unique	
Chirurgie du rachis avec ou sans mise en place de matériel	Céfazoline	2 g IV	1 g/4 h en peropératoire	
	Allergie: Vancomycine	15 - 20 mg/kg IV en 90 min.		
Plaies crânio-cérébrales	Céfazoline	2 g IV	Dose unique	
	Allergie: Vancomycine	15 - 20 mg/kg IV en 90 min.	Dose unique	

Président GGA

Frédéric FRIPPIAT

Contacts

Secrétariat:

Séverine MARCK

Secrétariat:

Christiane LALLEMAND

Téléphone: 04 366 74 95

Fax: 04 366 88 98

christelle.vercheval@chuliege.be

Menu

- Accueil
- Mot sur le GGA
- Antibioguide
 - Anti-infectieux
 - Micro-organismes
 - **Situations cliniques**
 - Antibio prophylaxies
 - Informations pratiques
- Consommation des anti-infectieux
- Audits du GGA
 - Audit notification
 - Audit larges spectres
 - Audits nationaux et internationaux
- Campagne GGA
- Les Mardis de l'infectiologie
- Symposium des GGA CHU & CHR

Situations cliniques

Pour toute situation difficile, une équipe se tient à votre disposition pour avis 24 h/24, 7 j/7 pour votre aide à la prescription AB :

- en journée :
 - demande informatisée d'un avis infectiologue
 - si urgence : appel au 4035
- en soirée (à partir de 17h) ou WE: voir liste à la centrale téléphonique

- Justifier l'antibiothérapie 
- Le sepsis 
- Les infections respiratoires 
- Les infections urinaires et uro-génitales 
- La malaria 
- Les infections neurologiques 
- Les infections ostéo-articulaires 
- Les infections du coeur et du médiastin 
- Les infections digestives et intra-abdominales 
- Les infections de la peau et des tissus mous 
- Les infections liées au cathéter 

LES INFECTIONS RESPIRATOIRES



Update traceability

Mise à jour : Janvier 2017



Table des matières

Pneumonie	2
Quelques principes	2
1. Suspicion clinique de pneumonie : se fait sur base des symptômes du patient et de l'examen clinique.	2
2. Confirmation du diagnostic : imagerie thoracique et marqueurs inflammatoires.	2
3. Evaluation des comorbidités	2
4. Evaluation du degré de gravité ou d'échec de traitement	2
5. Evaluation du type de pneumonie et du type de patient	5
6. Bilan étiologie	5
Prise en charge	7
Exacerbation de BPCO	10
Trachéobronchite nosocomiale	11
Infections respiratoires supérieures de l'adulte	12
Quelques principes	12
Prise en charge	12

Example of clinical situation

Prise en charge

PNEUMONIA

Type	Germes	Traitement	Durée
Pneumonie communautaire patient < 60 - 65 ans sans comorbidités : retour à domicile ¹	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Préférer : Amoxicilline PO 1 g/8 h ² Alternative : Moxifloxacine PO 400 mg/24 h	5 - 7 j ³
Pneumonie communautaire patient ≥ 60 - 65 ans ou comorbidités : retour à domicile ¹	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , Entérobactéries (<i>K.pneumoniae</i> , autres), <i>Streptococcus pyogenes</i>	Préférer : Amoxi/clav PO 2 g/12 h ou 875 mg/8 h ² Alternative : Moxifloxacine PO 400 mg/24 h	
Pneumonie communautaire patient hospitalisé en salle banalisée ou Pneumonie nosocomiale précoce	Idem	Préférer : Amoxi/clav PO 2 g/12 h ou 875 mg/8 h ² Alternative : Moxifloxacine PO 400 mg/24 h	
Pneumonie communautaire patient hospitalisé aux USI ou Pneumonie nosocomiale précoce justifiant USI pour la pneumonie	Idem + germes atypiques (<i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , <i>Legionella</i> sp.)	[Amoxi/clav IV 1 g/6 h + Clarithromycine PO ou IV 1 g/24 h] ou [Moxifloxacine PO (ou IV) 400 mg/24 h]	
Pneumonie patient MR/MRS avec « profil communautaire »	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , Entérobactéries (<i>K.pneumoniae</i> , autres), <i>Staphylococcus aureus</i>	Préférer : Amoxi/clav PO 2 g/12 h ou 875 mg/8 h ³ Alternative : Moxifloxacine PO 400 mg/24 h	
Pneumonie patient MR/MRS avec « profil nosocomial » ou Pneumonie nosocomiale tardive justifiant ou non une admission aux USI	Idem + germes nosocomiaux (<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , MRSA, Entérobactéries du Groupe 3/BLSE)	[Ceftazidime IV 2 g/8 h (perfusion intermittente) ou 6 g/24 h en 24 h (perfusion continue ⁴) ou Céfépime IV 2 g/12 h en 12 h (perfusion continue ⁴) ou Pip/tazo IV 4 g/8 h en 4 h (perfusion prolongée) ou Méropénem IV 2 g/8 h en 3 h (perfusion prolongée)] ± [Vancomycine IV en perfusion intermittente ou en perfusion continue] ^{5,6,7}	7 j

Président GGA

Frédéric FRIPPIAT

Contacts

Secrétariat:

Séverine MARCK

Secrétariat:

Christiane LALLEMAND

Téléphone: 04 366 74 95

Fax: 04 366 88 98

christelle.vercheval@chuliege.be

Menu

→ Accueil

→ Mot sur le GGA

→ Antibioguide

Antibioguide

Le **Groupe de Gestion de l'Antibiothérapie** (GGA) a décidé en 2016 de changer la mouture de l'antibioguide du CHU de Liège.

Dans cette version on-line de l'antibioguide, le GGA a scindé l'antibioguide en 5 parties:

1. [Anti-infectieux](#)
2. [Micro-organismes](#)
3. [Situations cliniques](#)
4. [Antibioprophylaxies](#)
5. [Informations pratiques](#)

Pour toute situation difficile n'ayant pas trouvé de réponse dans l'antibioguide, **une équipe se tient à votre disposition pour avis 24 h/24, 7 j/7** pour votre aide à la prescription d'anti-infectieux :

- en journée :
 - demande informatisée d'un avis infectiologue
 - si urgence : appel au 4035
- en soirée (à partir de 17h) ou weekend/jours fériés: voir liste à la centrale téléphonique.

- In addition to the Antibioguide, we developed strong ID intern demands to guide our colleagues in the choice of AB

- ✓ 2016 : 3499 ID advices
- ✓ 2017 : 3588 ID advices
- ✓ 2018 (→ end of Sept.): 2328 ID advices



GUIDE D'INFECTIOLOGIE

LOGIN

ABONNEMENT

INFO

DEMO

- Second semester 2017: launching of IGGI by SBIMC-BVIKM → letter send to many belgian hospitals
- Discussion about IGGI at the GGA meeting of the CHU of Liège in December 2017

Advantages of IGGI

- **National guidelines**: consensus for infectious disease management for all the Belgian hospitals, no more need for each GGA to make local recommendations (excepted if disparities in local epidemiology)
- **Additional source of information**, complementary to our Antibioguide
- **Electronic – web-based** format
- Possibility of **regular updates** (compared to Sandford « paper guide »)

Doubts about IGGI

- Advantages of contents compared to our local Antibio guide for « basic » physician?
- Too long deadline for the update/"deep" review of some chapters
 - Update date not available for all documents
 - For some chapters: same version as the Sandford guide 2012-2013?
- Transparency: Methodology of work? Who drafted what? Approved by who?

GGA decision about IGGI

- **New local « Antibioguide » launched in 2017**
 - Adapted to our local epidemiology
 - Simple and clear
 - Well known and used in the institution
 - One source of information is preferred
 - Both Antibioguide + IGGI could add confusion
 - **Individual IGGI license for all the GGA members**
 - To test the usefulness of IGGI in the daily practice
 - To evaluate if IGGI could be complementary to our Antibioguide
- + Promotion of the individual license IGGI for all the physicians of the hospital*
- *Via the « GGA actuality letter »*

Feed-back from the users (GGA)

Good points



- Some chapters are complete, with recent and clear references
- Complementary to our local Antibioguide [for GGA/ID specialist](#)
 - For “special” situations
 - To adapt our own guidelines if considered relevant

Negative/improvement points



- Loggin: “long” + need to log each time
- App for Smartphone not available
- Research of a specific topic is laborious, “not very user friendly”
- Lack of transparency in the updates
- Need of good basic “ID knowledge” to use it properly

IN CONCLUSION...



For daily practice of field physicians, included for the Emergency departement

Reserved for:

- ID specialists
- special situation
- adaptation of local, simplified recommendations