



GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES Indicateur Précautions « Standard »

A remplir pour chaque mesure de cet indicateur

Date : Établissement :

Service :

Enquêteur :

I. PS1- HYGIENE DES MAINS

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 1 | Le service fait la surveillance mensuelle de sa consommation de SHA | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | Si oui quel est l'ICSHA du mois précédent (en %) | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| 2 | La tenue des mains est conforme | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 11 | Soignant 12 | Soignant 13 | Soignant 14 | Soignant 15 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| 3 | La technique de friction est conforme (au moins les bouts des doigts et les pouces sont correctement frictionnés) | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

II. PS2- EQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

| | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | OUI | NON |
| | Observation d'opportunités de soins nécessitant le port d'EPI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SI NON : passez directement PS3- HYGIENE RESPIRATOIRE

| | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|
| 4 | SI OUI : Le port de gants est justifié | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|----------|--|---|---|---|---|
| 5 | SI OUI : Le port de tenue de protection attendu est observé (tablier imperméable ou tablier imperméable et lunettes et masque) | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> |

III. PS3- HYGIENE RESPIRATOIRE :

| | | |
|----------|--|--|
| 6 | Un Patient ou Soignant touseur est présent ce jour ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|----------|--|--|

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 7 | Si OUI : (observer le touseur) Pour le touseur observé ce jour : la gestion est correcte ? | | |
| | Tousseur 1 | Tousseur 2 | Tousseur 3 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| 8 | Si NON : (questionner des soignants) Les premiers réflexes face à un touseur et les conseils donnés sont corrects ? | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 9 | Des masques sont disponibles rapidement pour un touseur ? | | | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

IV. PS4- AES

| | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| 10 | Le matériel perforant dans le service est sécurisé | | | | |
| | Matériel 1 | Matériel 2 | Matériel 3 | Matériel 4 | Matériel 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Matériel 6 | Matériel 7 | Matériel 8 | Matériel 9 | Matériel 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Matériel 11 | Matériel 12 | Matériel 13 | Matériel 14 | Matériel 15 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 11 | Il y a eu une pénurie d'au moins un de ces matériels sécurisés le mois précédent | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| | Si oui pendant combien de jours ? | | | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | |

| | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| 12 | Les soignants rencontrés peuvent citer les 3 points essentiels de la CAT | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 11 | Soignant 12 | Soignant 13 | Soignant 14 | Soignant 15 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

V. PS5- EXCRETAS

Gestion correcte des excréta et port d'équipement de protection

Demander à au moins 3 professionnels présents (ou 30% des présents si l'effectif est supérieur à 10)

| | | | | | |
|-----------|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 13 | Comment désinfectez-vous vos bassins, urinaux, pots... ? | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Observer une opportunité de gestion des excréta ou demander à au moins 3 professionnels présents (ou 30% des présents si l'effectif est supérieur à 10)

| | | | | | |
|-----------|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 14 | Observer le port d'équipement de protection (gants, tablier, friction) Sinon, demander : Quels sont les EPI indispensables lors de la manipulation de contenants souillés ? | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

VI. PS6- ENVIRONNEMENT

| | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| 15 | Le container à OPCT est disponible au moment du soin observé | | | | |
| | Soin 1 | Soin 2 | Soin 3 | Soin 4 | Soin 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soin 6 | Soin 7 | Soin 8 | Soin 9 | Soin 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 16 | Il y a eu une pénurie de container OPCT le mois précédent | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |
| | Si oui pendant combien de jours ? | | <input type="text"/> | | |

| | | |
|-----------|---|--|
| 17 | Les DD sont au minimum bactéricide, virucide et fongicide | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|-----------|---|--|

| | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| 18 | La gestion des surfaces souillées est correcte | | | | |
| | Soignant 1 | Soignant 2 | Soignant 3 | Soignant 4 | Soignant 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 6 | Soignant 7 | Soignant 8 | Soignant 9 | Soignant 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soignant 11 | Soignant 12 | Soignant 13 | Soignant 14 | Soignant 15 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|
| 19 | Gestion du linge sale et des déchets d'activités de soins : Pas de linge sale ou de déchets hors emballage ou posés à même le sol ou débordant | | | | |
| | Soin 1 | Soin 2 | Soin 3 | Soin 4 | Soin 5 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soin 6 | Soin 7 | Soin 8 | Soin 9 | Soin 10 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | Soin 11 | Soin 12 | Soin 13 | Soin 14 | Soin 15 |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |