



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"/>	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"/>

3	La technique de friction est conforme (fingertips first)				
	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"/>	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"/>

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 Port d'équipement de protection (gants, tablier, friction) : « observer ou demander » Les EPI indispensables lors de la manipulation de contenants souillés sont-ils portés ?				
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"/>	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"/>
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"/>	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"/>

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"/>