



## 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

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

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

<b>3</b>	La technique de friction est conforme (fingertips first)				
	Soignant 1	Soignant 2	Soignant 3	Soignant 4	Soignant 5
	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/>				
	Soignant 6	Soignant 7	Soignant 8	Soignant 9	Soignant 10
	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/>				

## II. PS2- EQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

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

SI NON : passez directement PS3- HYGIENE RESPIRATOIRE

<b>4</b>	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"/>				

<b>5</b>	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 :

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

<b>7</b>	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"/>

<b>8</b>	Si NON : (questionner des soignants) Les premiers réflexes face à un toussEUR 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"/>
<b>9</b>	Des masques sont disponibles rapidement pour un toussEUR ?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

## IV. PS4- AES

<b>10</b>	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"/>
<b>11</b>	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 type="text"/>	

<b>12</b>	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)

<b>13</b>	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)

<b>14</b>	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

<b>15</b>	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"/>				
<b>16</b>	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"/>		

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

<b>18</b>	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"/>				

<b>19</b>	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"/>