

Fiche service

C.CLIN !__!

Investigateur !__!__!

Centre !__!__!

• Description de l'unité (centre uniquement)

Nombre de postes de dialyse (hors postes de repli ou d'entraînement) !__!__!

Nombre habituel de sessions par jour (hors repli ou entraînement, mais y compris les sessions nocturnes) !__!__!

Poste de cadre infirmier pourvu dans le service ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'IDE par session !__!__!

Nombre d'AS par session !__!__!

Effectif global IDE (en ETP) !__!__!

Effectif global AS (en ETP) !__!__!

Nombre de patients séparés du patient voisin par une cloison ou une distance min. de 1m50 !__!__!

Lieu dédié à la préparation des injections ☐ Oui ☐ Non

sinon, solution mise en place :

Lieu dédié au nettoyage et désinfection du matériel ☐ Oui ☐ Non

sinon, solution mise en place :

• Protocoles disponibles le jour de l'enquête

Existence d'un protocole (notions d'hygiène) concernant les points suivants :

Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date* !__!__!__!
Précautions standard	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Branchement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Débranchement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Protocole isolement septique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Désinfection du matériel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Désinfection interne des générateurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Désinfection des surfaces	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Injections (antisepsie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Elimination des DASRI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
Elimination dans conteneur pour OPCT	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si Oui, date !__!__!__!
avec consignes de remplissage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
et fréquence de changement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

* date de la dernière version (ou date de création si première version)

Existence d'une CAT en cas d'inondation des filtres des capteurs de pression ☐ Oui ☐ Non si Oui, date !__!__!__!

Existence d'une CAT en cas d'AES ☐ Oui ☐ Non si Oui, date !__!__!__!

Existence d'une fiche d'information des patients sur la prise en charge de leur fistule ou de leur KTVK ☐ Oui ☐ Non si Oui, date !__!__!__!

Nature des produits préconisés dans les protocoles pour le nettoyage et la désinfection de :
(nom commercial / laboratoire)

surfaces des générateurs
autres surfaces
sols
si souillures (sang)
petits D.M. non autoclavables
antisepsie avant injections
désinfection cutanée FAV
désinfection cutanée KT

• **Traçabilité en place**

La traçabilité repose sur un support physique (fichier, document) documenté systématiquement

Existe-t-il un enregistrement de :

désinfection interne des générateurs ☐ Oui ☐ Non
désinfection du matériel à proximité du patient ☐ Oui ☐ Non
correspondance générateur-soigné ☐ Oui ☐ Non
correspondance soignant-soigné ☐ Oui ☐ Non
correspondance poste-soigné ☐ Oui ☐ Non
incidents en cours de dialyse ☐ Oui ☐ Non

• **Formation du personnel**

Y a-t-il eu des formations du personnel concernant ? (dans les 3 années précédentes)

l'hygiène des mains ☐ Oui ☐ Non
les précautions standard ☐ Oui ☐ Non
la prévention des AES ☐ Oui ☐ Non
l'entretien du matériel (nettoyage, désinfection, stérilisation) ☐ Oui ☐ Non
l'entretien des générateurs ☐ Oui ☐ Non
autres ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il des formations à chaque personnel arrivant concernant ?

l'hygiène des mains ☐ Oui ☐ Non
les précautions standard ☐ Oui ☐ Non
la prévention des AES ☐ Oui ☐ Non
l'entretien du matériel (nettoyage, désinfection, stérilisation) ☐ Oui ☐ Non
l'entretien des générateurs ☐ Oui ☐ Non
autres ☐ Oui ☐ Non

• **Equipeement disponible le jour de l'enquête**

Nombre de points d'eau dans la salle de dialyse + poste de soins (hors office et bureau) !__!__!

dont nombre correctement équipés (essuie-mains, poubelle, savon simple, antiseptique ou SHA) !__!__!

Chariot (ou plan de travail) partagé pour plusieurs patients ☐ Oui ☐ Non

si Oui, désinfection entre 2 patients indiquée dans un protocole ☐ Oui ☐ Non

Produits disponibles pour l'hygiène des mains ☐ SHA ☐ savon antiseptique ☐ savon simple

Si SHA, disponibles au niveau de chaque ☐ point d'eau ☐ chariot ☐ poste ☐ personnel ☐
autre (non systématique)

- **Matériel individualisé par poste**

Brassard à tension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Thermomètre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Glucomètre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autopiqueur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sparadrap	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Garrot	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Clamps, pinces (tubulures)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pincés d'hémostase	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poubelle spécifique pour DASRI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conteneur pour OPCT	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Boîte de gants stériles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Boîte de gants non stériles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Masque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Protection oculaire (lunette ou masque à visière)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- **Médicaments**

Flacon à usage multiple	EPO	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Héparine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Insuline	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stylos nominatifs conservés et utilisés dans l'unité	EPO	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Insuline	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- **Tenue observée le jour de l'enquête sur l'ensemble du personnel paramédical présent**

Tenue professionnelle standard (avec manches courtes) ☐ tous ☐ la majorité ☐ quelques uns ☐ aucun

- **Complément de tenue recommandé pour soin de branchement/débranchement**

Si l'item ne figure pas dans un protocole ne pas remplir

	Branchement FAV	Branchement KT	Débranchement FAV	Débranchement KT
Masque	<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
Protection oculaire	<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
Surblouse	<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
si oui, stérile	<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
Gants	<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
si oui, stériles	<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
Autre	<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

Commentaires éventuels

FICHE SOIGNANT

C.CLIN !__! Investigateur !__!__!

Centre !__!__! IDE !__!__!

- **Tenue standard** adaptée pour le soignant ? ☐ Oui ☐ Non

- **Branchement des lignes de dialyse**

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Abord	<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> KT	<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> KT	<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> KT	<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> KT	<input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> KT
Hygiène des mains préalable adaptée	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préparation cutanée					
Détersion	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rinçage	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Antisepsie	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
avec des gants	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui, stériles	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Séchage (respect du temps)	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tenue spécifique					
Masque	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Protection oculaire	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Gants	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui, stériles	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surblouse	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui, stérile	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Utilisation de matériel stérile	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compresse stériles	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Garrot (pour FAV)	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui, stérile	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Champs stériles	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présence d'une seconde personne	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, elle est :	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS
	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre
Hygiène des mains de l'IDE après	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faute d'asepsie	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nettoyage immédiat si souillure	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- **Première injection (autres injections : noter dans la fiche opportunités)**

Antisepsie préalable	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène des mains préalable adaptée	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Port de gants adapté	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Elimination directe des OPCT dans un container adapté et à proximité immédiate	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaire : préciser éventuelle faute d'asepsie, et tout incident, inondation de filtres, AES, intervention d'un autre soignant ...

• **Débranchement**

si changement d'IDE, cocher ☐

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Hygiène des mains préalable adaptée	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tenue spécifique					
Masque	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Protection oculaire	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Gants	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui, stériles	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surblouse	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui, stérile	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Utilisation de matériel stérile	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compresses stériles	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Champs stériles	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présence d'une seconde personne	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui, elle est :	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS
	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre
Elimination directe des OPCT dans un container adapté et à proximité immédiate	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Elimination directe des lignes	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compression en fin de séance	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> aide	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> aide	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> aide	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> aide	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> aide
réalisée par :	<input type="checkbox"/> patient	<input type="checkbox"/> patient	<input type="checkbox"/> patient	<input type="checkbox"/> patient	<input type="checkbox"/> patient
avec des gants	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui, stériles	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène des mains de l'IDE après	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faute d'asepsie	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nettoyage immédiat si souillure	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène des mains du patient avant de quitter le poste de dialyse	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaire : préciser éventuelle faute d'asepsie et tout incident, inondation de filtres, AES, intervention d'un autre soignant ...

• **Désinfection de l'environnement proche et du générateur**

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Nettoyage désinfection	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS
réalisée par	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre
réalisé "sans patient"	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
réalisé après élimination des lignes et déchets	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nettoyage/désinfection du matériel (pousse-seringue, brassard, ...)	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nettoyage/désinfection de l'environnement (fauteuil, lit, tablette,...)	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nettoyage/désinfection des surfaces externes du générateur	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si l'élimination des lignes est trop tardive, le noter en commentaire.

Si pas de désinfection du circuit hydraulique du générateur, le noter en commentaire et avertir le service.

FICHE OPPORTUNITES

HYGIENE DES MAINS ET PORT DE GANTS

C.CLIN !__! Investigateur !__!__!

Centre !__!__! IDE !__!__!

N°	Nature (à coder)	Urgence	Hygiène des mains adaptée		Port de gants adapté	Commentaires
			Avant	Après		
1		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
2		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
3		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
4		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
5		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
6		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
7		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
8		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
9		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
10		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
11		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
12		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
13		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
14		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
15		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
16		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
17		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
18		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
19		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
20		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
21		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
22		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
23		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
24		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
25		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
26		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
27		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
28		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
29		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
30		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
31		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
32		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
33		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
34		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
35		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	

Nature des opportunités (hors branchement/débranchement)

1 = autres injections

2 = intervention auprès d'un autre patient

3 = intervention même générateur

4 = intervention autre générateur

5 = entretien des surfaces en cas de projections de sang

6 = autre