

N° de fiche saisie :

Date : __/__/____

Nom de la personne qui remplit la fiche :

Patient	Entourer la bonne réponse	Codage
1. Porte une charlotte	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Porte un masque	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IDE		
3. Absence de bijoux aux mains/poignets, et ongles sans vernis	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Porte un masque durant le soin	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Porte une charlotte durant le soin	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Porte des lunettes de protection (ou un masque à visière)	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Déroulement du geste		
7. Réalise une FHA avant de préparer son matériel	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Prépare son matériel sur plan de travail préalablement désinfecté	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. La restitution est réalisée de façon aseptique	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Réalise une FHA avant l'habillage stérile	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Porte une sur blouse stérile	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. IDE met des gants stériles	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Prépare les seringues stérilement	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Réalisation du pansement de façon aseptique	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Les tubulures sont mises en circuit fermé	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Le circuit est évacué immédiatement en DASRI	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Désinfection du générateur mise en route	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Retrait et élimination des gants	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Réalise une FHA en fin de pansement	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Mets des gants non stériles	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Bionettoyage des surfaces externes du générateur	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Traçabilité dans dossier de soins	1. Oui – 2. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Commentaire éventuel :		

Fiche validée : OUI NON