

Auditeur : /_____/ N° de grille : /___/ ES : /_____/ Bloc : /_____/ Salle : /_____/ Date : /___/___/___/

Outil « PREOP » : Observation des pratiques préopératoires au bloc de chirurgie (de l'arrivée du patient au bloc jusqu'à l'incision)

Chirurgie programmée : Mode d'hospitalisation : ambulatoire conventionnelle Poids (kg) : /___/___/___/ Taille (m) : /___/___/___/ Date admission : /___/___/___/

Acte chirurgical (principal) : /_____/ Code acte* : /_____/ Spécialité** : /_____/ Classe Altemeier : /___/ (1 à 4)

Thème	Question	Réponse	Modes de recueil / précisions		
Douche	1-Au moins une douche/toilette complète réalisée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1^{ère} intention : Question au patient	2^{ème} intention : Question à l'ibode	3^{ème} intention : Document traçabilité
	Si oui : Lieu(x) et moment(s) de réalisation ? (plusieurs lieux et moments possibles)	<input type="checkbox"/> à domicile → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même <input type="checkbox"/> dans l'ES → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même			
	Savon utilisé pour la dernière douche/toilette	<input type="checkbox"/> savon antiseptique <input type="checkbox"/> savon non antiseptique			
Dépilation SITE CUTANE PRINCIPAL uniquement	2- Site opératoire dépilé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> zone de peau à inciser glabre	Question au patient	Question à l'ibode	Document traçabilité
	Si oui : a-Lieu(x) et méthode de dépilation (plusieurs lieux possibles)	<input type="checkbox"/> à domicile → méthode : /_____/ <input type="checkbox"/> en service → méthode : /_____/ <input type="checkbox"/> au bloc → méthode : /_____/			
	b-Justification de la dépilation (motif principal) ?	/_____/ Code motif* : /___/			
Antibio Prophylaxie PREMIERE injection uniquement	3- Administration d'un ATB pour l'ATBP avant l'incision ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non car antibiothérapie déjà en cours	Observation	Question au personnel d'anesthésie	Document traçabilité
	Si oui : a-Lieu d'administration ?	<input type="checkbox"/> au bloc → lieu : /_____/ <input type="checkbox"/> en service			
	b-Molécule(s) et dose(s) administrée(s) (privilégier la DCI)	Molécule A : /_____/ dose molécule A : /___/ <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg Molécule B : /_____/ dose molécule B : /___/ <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> mg			
	c-Heure exacte d'administration ?	/___/h /___/ min	Horloge/pendule/scope		
Nettoyage PEAU saine	4- Nettoyage/détersion du site opératoire réalisé ?	<input type="checkbox"/> oui (savon doux) <input type="checkbox"/> oui (savon ATS) <input type="checkbox"/> non	Observation		
	5- Présence de souillures visibles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	« Souillures » : cf. guide auditeur		
Antiseptie PEAU saine DERNIERE application uniquement	6-Antiseptie/désinfection du site opératoire réalisée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Observation		
	Si oui : a-Nom du produit appliqué? (nom commercial)	/_____/ /___/ % Préciser le type de solution : <input type="checkbox"/> alcoolique <input type="checkbox"/> aqueuse			
	b-Application large du produit ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	« Application » : cf. guide auditeur		
	c-Application avec un support ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	d-Application débutant par la ligne d'incision ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	e-Heure exacte de FIN d'application du produit ?	/___/h /___/ min	Horloge/pendule/scope		
	f-Séchage spontané du produit ?	<input type="checkbox"/> oui (sans intervention extérieure) <input type="checkbox"/> non	« Séchage » : cf. guide auditeur		
g-Attente du séchage complet du produit ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
INCISION	7-Heure exacte de l'incision ?	/___/h /___/ min	Horloge/pendule/scope		