

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

Outil « PREOP » version 2025 : Observation des pratiques de PCO au bloc de chirurgie (de l'arrivée du patient jusqu'à l'incision)

Chirurgie programmée : Mode d'hospitalisation : ambulatoire conventionnelle Date d'admission du patient (jj/mm/aa) : / ____ / ____ / ____

Acte chirurgical (principal) : / _____ / Spécialité* : / _____ / Altemeier : / ____ / (1 à 4)

Thème	Question	Réponse	Modes de recueil / précisions				
Douche	1-Nb de douches/toilettes complètes depuis la veille ?	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> plus de 2					
Toilette préopératoire	Si au moins 1 douche réalisée : a-A domicile ? (si oui, préciser le moment) b-Dans l'établissement ? (idem) c-Type de savon utilisé pour la dernière douche/toilette ?	<input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> savon antiseptique <input type="checkbox"/> savon doux <input type="checkbox"/> savon personnel	1^{ère} intention : Question au patient	2^{ème} intention : Question à l'Ibode	3^{ème} intention : Document traçabilité		
Traitement des pilosités	2- Site opératoire dépilé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> zone de peau à inciser glabre					
SITE CUTANE PRINCIPAL uniquement	Si oui : a-Lieu et méthode de dépilation utilisée ? (plusieurs lieux possibles)	Lieu <input type="checkbox"/> à domicile - - - - - → / _____ / <input type="checkbox"/> en service - - - - - → / _____ / <input type="checkbox"/> au bloc - - - - - → / _____ /	Méthode	Question au patient	Question à l'Ibode		
	b-Justification de la dépilation (motif principal) ?	/ _____ /	Code motif* : / _____ /	Document traçabilité			
Détersion Nettoyage cutané PEAU saine	3- Nettoyage/détersion du site opératoire réalisé ?	<input type="checkbox"/> OUI (savon doux) <input type="checkbox"/> OUI (savon ATS) <input type="checkbox"/> NON	Observation				
	4- Présence de souillures visibles ?	<input type="checkbox"/> OUI → type de souillure : / _____ / <input type="checkbox"/> NON	« Souillures » : cf. guide auditeur				
Antisepsie Désinfection cutanée PEAU saine	5-Nombre d'applications du produit ? Pour la DERNIERE APPLICATION uniquement :	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> plus de 2	Observation				
	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					
	c-Application avec un support ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	« Application » : cf. guide auditeur				
	d-Application débutant par la ligne d'incision ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
	e-Séchage spontané du produit ?	<input type="checkbox"/> OUI (sans intervention extérieure) <input type="checkbox"/> NON					
	f-Attente du séchage complet du produit ?	<input type="checkbox"/> OUI (peau sèche avant pose du drapage) <input type="checkbox"/> NON	« Séchage » : cf. guide auditeur				
	g-Heure du début de la dernière application	/ _____ /h / _____ / min	Horloge/pendule/scope				