

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 Toilette préopératoire | 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 | 1^{ère} intention : Question au patient | 2^{ème} intention : Question à l'Ibode | 3^{ème} intention : Document traçabilité |
| Si au moins 1 douche réalisée : | a-A domicile ? (si oui, préciser le moment) | <input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même <input type="checkbox"/> NON | | | |
| | b-Dans l'établissement ? (idem) | <input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> le jour-même <input type="checkbox"/> NON | | | |
| | c-Type de savon utilisé pour la dernière douche/toilette ? | <input type="checkbox"/> savon antiseptique <input type="checkbox"/> savon doux <input type="checkbox"/> savon personnel | | | |
| Traitement des pilosités 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 et méthode de dépilation utilisée ? (plusieurs lieux possibles) | Lieu <input type="checkbox"/> à domicile - - - - - → /_____/ | | | |
| | | <input type="checkbox"/> en service - - - - - → /_____/ | | | |
| | b-Justification de la dépilation (motif principal) ? | <input type="checkbox"/> au bloc - - - - - → /_____/ | Au bloc : observation | | |
| | | /_____/ Code motif* : /____/ | Question à l'Ibode/au chirurgien | | |
| 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 « Souillures » : cf. guide auditeur | | |
| | 4- Présence de souillures visibles ? | <input type="checkbox"/> OUI → type de souillure : /_____/ <input type="checkbox"/> NON | | | |
| Antiseptie Désinfection cutanée PEAU saine | 5-Nombre d'applications du produit ? | <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> plus de 2 | Observation | | |
| | Pour la DERNIERE APPLICATION uniquement : | | | | |
| | 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-Séchage spontané du produit ? | <input type="checkbox"/> OUI (sans intervention extérieure) <input type="checkbox"/> NON | « Séchage » : cf. guide auditeur | | |
| | f-Attente du séchage complet du produit ? | <input type="checkbox"/> OUI (peau sèche avant pose du drapage) <input type="checkbox"/> NON | | | |
| | g-Heure du début de la dernière application | /____/h /____/ min | | | |
| | | | Horloge/pendule/scope | | |