

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

Outil « PREOP » version 2024 : 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	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 - - - - - → /_____/
						Méthode <input type="checkbox"/> en service - - - - - → /_____/
SITE CUTANE PRINCIPAL uniquement	b-Justification de la dépilation (motif principal) ?	/_____/ Code motif* : /___/	Au bloc : observation			
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			
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			