

## QUICK-AUDITS PCO (préparation cutanée de l'opéré)

### Module 2- DETERSION et ANTISEPSIE - Grille d'évaluation



Auditeur : /\_\_\_/ Date d'évaluation : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Lieu de l'évaluation : /\_\_\_\_\_ / Grille N° : /\_\_\_/

Sexe :  F  H Age : /\_\_\_/ Mode d'hospitalisation :  ambulatoire  conventionnelle  
 Acte chirurgical (principal) : /\_\_\_\_\_ / Code acte (optionnel) : /\_\_\_\_\_ /  
 Spécialité chirurgicale correspondant à l'acte : /\_\_\_\_\_ /  
 Date d'intervention : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Heure de l'intervention : /\_\_\_/ Date d'admission : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Méthode :  OBSERVATION (à privilégier)  Evaluation sur dossier (ce choix exclut les items avec données non tracées)  
 Evalueur :  auditeur externe  membre du service/bloc

**Grille constituée de 3 parties (I, II, III) : ne pas oublier de remplir la partie III (« Traçabilité dans le dossier patient »)**



### I- Quick-audit n°3 - DETERSION/NETTOYAGE CUTANE

**Rappel : Champ de l'audit = interventions sur PEAU SAIN (hors muqueuses) chez l'adulte, hors situation d'urgence**

Si intervention mixte (peau saine et muqueuse, n'évaluer que la partie « peau saine »)

- 1 Présence de souillures au niveau du site à inciser ?  oui  non Si oui, nature : /\_\_\_\_\_ /
- 2 DéterSION/nettoyage cutané réalisé ?  oui  non

**Si déterSION/nettoyage cutané réalisé : merci de renseigner les items ci-dessous**

- 2a Justification donnée par l'équipe ?  déterSION réalisée en routine (protocole)  
 (1 seule réponse : raison principale)  en lien avec dernière douche réalisée à domicile et/ou au savon doux  
 autre raison : /\_\_\_\_\_ /  
 à cause de la souillure uniquement

- 2b Réalisée par quelle catégorie professionnelle ?  lbode/IDE  chirurgien/interne  aide-soignante  autre

#### Produits, matériel et mode opératoire

- 2c Type de **savon** liquide utilisé ?  doux  antiseptique : /\_\_\_\_\_ / (nom commercial)  
 Conditionnement ?  monodose  multidose

- 2d Mode de rinçage de la peau ?  eau stérile ou NaCl\* 0,9% stérile  eau filtrée  eau du réseau  
 Conditionnement ?  monodose  multidose  autre

- 2e Type de matériel utilisé ?  compresses  gants de toilette à UU  autre (cf. guide auditeur)  
 Matériel stérile ?  oui  non

- 2f Séchage adapté ?  oui  non

(cf. guide de l'auditeur)

\*NaCl = chlorure de sodium (à 0,9% → sérum physiologique)



## II- Quick-audit n° 4 - ANTISEPSIE/DESINFECTION CUTANEE (PEAU SAINE, chez l'adulte, hors urgences)

**Rappel 1 : Champ de l'audit = interventions sur PEAU SAINE (hors muqueuses) chez l'adulte, hors situation d'urgence**

Si intervention mixte (peau saine et muqueuse, n'évaluer que la partie « peau saine »)

**Rappel 2 : le nombre d'applications successives du produit antiseptique (1 ou 2) relève d'un choix local, fonction de plusieurs paramètres (AMM produit, position du fabricant, niveau de risque infectieux de l'acte...)**

- 1-L'antisepsie/la désinfection cutanée a été réalisée ?  oui, en application unique (colonne n° 1 remplie)  
 oui, en 2 applications (colonnes n° 1 et 2 remplies)  
 non

**Si antisepsie/désinfection cutanée réalisée : merci de renseigner les items ci-dessous**

	Evaluation application n° 1	Evaluation application n° 2
2-Heure de réalisation ( <i>facultatif</i> )	/__h/__/	/__h/__/
3-Catégorie professionnelle ?	<input type="checkbox"/> chirurgien/interne <input type="checkbox"/> Ibode/IDE <input type="checkbox"/> aide-soignante <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> chirurgien/interne <input type="checkbox"/> Ibode/IDE <input type="checkbox"/> autre
Habillage ?	<input type="checkbox"/> stérile <input type="checkbox"/> non stérile	<input type="checkbox"/> stérile <input type="checkbox"/> non stérile
4-Nom commercial du produit et % ?	/_____/_____/%	/_____/_____/%
Type de solution ?	<input type="checkbox"/> alcoolique <input type="checkbox"/> aqueuse	<input type="checkbox"/> alcoolique <input type="checkbox"/> aqueuse
Colore la peau ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>5-Mode d'application du produit</b>		
5a Application large de l'ATS ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5b Technique d'application ?	<input type="checkbox"/> escargot <input type="checkbox"/> quadrillage <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> escargot <input type="checkbox"/> quadrillage <input type="checkbox"/> autre
5c Débutant par la ligne d'incision ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5d Méthode d'application ?	<input type="checkbox"/> pince/compresse ou porte-tampon ou applicateur (méthode « no touch ») <input type="checkbox"/> compresse/tampon sans pince <input type="checkbox"/> autre (cf. guide de l'auditeur)	<input type="checkbox"/> pince/compresse ou porte-tampon ou applicateur (méthode « no touch ») <input type="checkbox"/> compresse/tampon sans pince <input type="checkbox"/> autre (cf. guide de l'auditeur)
5e Type de gants portés lors de l'application ?	<input type="checkbox"/> gants stériles <input type="checkbox"/> gants non stériles <input type="checkbox"/> sans gant	<input type="checkbox"/> gants stériles <input type="checkbox"/> gants non stériles <input type="checkbox"/> sans gant
<b>6-Mode de séchage du produit</b>		
6a Spontané ? (naturel, sans intervention humaine)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6b Complet ? (séchage total avant collage des champs)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7-Heure d'incision ( <i>facultatif</i> )	/__h/__/	



## III- TRACABILITE de la PCO dans le DOSSIER PATIENT

Préparation cutanée réalisée au bloc tracée ?  oui  non  traçabilité non évaluée