

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 SAINE (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
5-Mode d'application du produit		
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
6-Mode de séchage du produit		
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