

Audit « hygiène des mains 2015

1 feuille par soignant : remplir de 1 à 4 observations

Nom auditeur..... Code Service: N° soignant saisi : Date observation : / /

Catégorie de personnel : N° soignant observé : discipline du service matin : Après midi Nuit :

Cases grisées réservées EOHH

Codage réservé à l'EOHH

Codage réservé à l'EOHH

Observation n°1	HdM	Observation n°2	HdM
SITUATION OBSERVEE :	<input type="text"/>	SITUATION OBSERVEE :	<input type="text"/>
Patient en P. contact <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Patient en P. contact <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		Changement de patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		Changement de chambre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Avant soin		Avant soin	
Hygiène des mains indiquée <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hygiène des mains indiquée <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hygiène des mains réalisée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hygiène des mains réalisée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Si Oui : Type d'hygiène utilisé* FHA <input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Si Oui : Type d'hygiène utilisé* FHA <input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Conformité HdM avant soin	<input type="text"/>	Conformité HdM avant soin	<input type="text"/>
Interruption du soin : (L'observation d'un soin interrompu n'est pas poursuivie) : Motif de l'interruption :	<input type="text"/>	Interruption du soin : (L'observation d'un soin interrompu n'est pas poursuivie) : Motif de l'interruption :	<input type="text"/>
Après soin ou si interruption du soin		Après soin ou si interruption du soin	
Hygiène des mains indiquée <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hygiène des mains indiquée <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hygiène des mains réalisée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hygiène des mains réalisée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Si oui : Type d'hygiène utilisé FHA <input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Si oui : Type d'hygiène utilisé FHA <input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Conformité HdM après soin	<input type="text"/>	Conformité HdM après soin	<input type="text"/>
Conformité HdM avant/après	<input type="text"/>	Conformité HdM avant/après	<input type="text"/>
* FHA : Friction HydroAlcoolique	LS : Lavage Simple	LH : Lavage hygiénique (savon antiseptique)	

Fiche validée par l'EOHH Oui Non

Observation n°3		HdM	Observation n°4		HdM
SITUATION OBSERVEE :			SITUATION OBSERVEE :		
Patient en P. contact			Patient en P. contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
			Changement de patient		
			Changement de chambre		
Avant soin			Avant soin		
Hygiène des mains indiquée			Hygiène des mains indiquée		
Hygiène des mains réalisée			Hygiène des mains réalisée		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui :			Si Oui :		
Type d'hygiène utilisé*			Type d'hygiène utilisé*		
FHA <input type="checkbox"/>	LS <input type="checkbox"/>		FHA <input type="checkbox"/>	LS <input type="checkbox"/>	
LH <input type="checkbox"/>			LH <input type="checkbox"/>		
Conformité HdM avant soin			Conformité HdM avant soin		
Interruption du soin :			Interruption du soin :		
(L'observation d'un soin			(L'observation d'un soin		
interrompu n'est pas poursuivie) :			interrompu n'est pas poursuivie) :		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Motif de l'interruption :			Motif de l'interruption :		
.....				
Après soin ou si interruption du soin			Après soin ou si interruption du soin		
Hygiène des mains indiquée			Hygiène des mains indiquée		
Hygiène des mains réalisée			Hygiène des mains réalisée		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui :			Si oui :		
Type d'hygiène utilisé			Type d'hygiène utilisé		
FHA <input type="checkbox"/>	LS <input type="checkbox"/>		FHA <input type="checkbox"/>	LS <input type="checkbox"/>	
LH <input type="checkbox"/>			LH <input type="checkbox"/>		
Conformité HdM après soin			Conformité HdM après soin		
Conformité HdM avant/après			Conformité HdM avant/après		

* FHA : Friction HydroAlcoolique

LS : Lavage Simple

LH : Lavage hygiénique (savon antiseptique)

Fiche validée par l'EOHH Oui Non