

Quizz Port de gants

Exemples de situations	Port de gants	Si Oui : Type de gants
Si le soignant porte des lésions aux mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Contact avec la peau lésée du patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Avant tout soin exposant à un risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, des muqueuses ou la peau lésée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Contact peau saine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Environnement	Port de gants	Si Oui : Type de gants
Entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Manipulation du linge souillé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Manipulation du linge propre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Réfection de lit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Matériels	Port de gants	Si Oui : Type de gants
Manipulation de matériel contenant des liquides biologiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Manipulation de dispositifs médicaux souillés (instruments)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Soins invasifs et techniques	Port de gants	Si Oui : Type de gants
Aspiration trachéale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Glycémie capillaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Prélèvement pour hémoculture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Pose de cathéter périphérique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile

	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ménage
Pose de sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Prise de sang, injections (IM, IV, SC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Pansement : ablation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Pansement : réfection (sans pince)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Pansement : réfection (avec pinces)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Soins de confort	Port de gants	Si Oui : Type de gants
Soins oculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Soins de bouche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Toilette complète d'un patient souillé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Toilette intime	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Toilette complète d'un patient non souillé (hors toilette intime)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Distribution des repas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Manutention du patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage
Prévention d'escarre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stérile <input type="checkbox"/> Non stérile <input type="checkbox"/> Ménage