

ANNEXE 1

FICHE ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement

.....

Code de l'établissement

|_|_|_|_|_|_|_|

CCLIN

1. Paris-Nord 2. Ouest 3. Est
 4. Sud-Est 5. Sud-Ouest

|_|

Type d'établissement

1. CHR/CHU 2. CH/CHG 3. CHS/Psy
 4. Hôp. Local 5. Clinique MCO 6. H. I. Armées
 7. SSR 8. CLCC 9. EHPAD
 10. HAD 11. SLD 12. Autre

|_|_|

Statut

1. Public 2. Privé 3. PSPH

|_|

Nombre total de lits et/ou places

|_|_|_|_|_|_|

Nombre total de services

|_|_|_|

FICHE VALIDÉE :



ANNEXE 2

FICHE N°1 : LAVAGE SIMPLE

Attention ! Il est impossible de saisir une fiche incomplète

Nom (ou code) de l'auditeur : _____

Date (JJ/MM/AA) : __ / __ / __

Code service	_____
Discipline	__
Période d'observation 1. Jour 2. Nuit	__
Personnel observé : Fonction :	__
1. Femme 2. Homme	__
Observation des préalables à l'hygiène des mains	1. Oui - 2. Non
Manches courtes	__
Absence de bijou	__
Ongles courts, sans vernis, sans faux ongles	__
Observation de la technique	1. Oui – 2. Non
<u>1er Temps</u> : Mouillage L'opérateur se mouille :	
les mains	__
les poignets	__
<u>2ème Temps</u> : Savonnage	
L'opérateur prend du savon doux liquide	__
Si non, indiquer le produit utilisé :	
L'opérateur se savonne :	
les mains	__
les poignets	__
🕒 DUREE DU SAVONNAGE exprimée en secondes	__
<u>3ème Temps</u> : Rinçage	
L'opérateur réalise un rinçage complet	__
<u>4ème Temps</u> : Séchage	
L'opérateur utilise des essuie-mains à usage unique	__
L'opérateur ferme le point d'eau et élimine les essuie-mains sans contact	__

Si savon antiseptique utilisé, type de lavage déclaré :

Simple

Hygiénique

FICHE VALIDÉE :

N° DE SAISIE FICHE : _____




ANNEXE 3

FICHE N°2 : FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE

Attention ! Il est impossible de saisir une fiche incomplète

Nom (ou code) de l'auditeur : _____

Date : __/__/__

Code service	_____
Discipline	_ _
Période d'observation 1. Jour 2. Nuit	_
Personnel observé : Fonction:	_ _
1. Femme 2. Homme	_
Observation des préalables à l'hygiène des mains	1. Oui - 2.Non
Manches courtes	_
Absence de bijou	_
Ongles courts, sans vernis, sans faux ongles	_
Observation de la technique	1. Oui - 2.Non
Le produit est réparti sur la totalité des mains <input type="checkbox"/> des poignets <input type="checkbox"/>	
Zones frictionnées <input type="checkbox"/> paumes <input type="checkbox"/> dos <input type="checkbox"/> espaces interdigitaux <input type="checkbox"/> doigts <input type="checkbox"/> pouces <input type="checkbox"/> ongles <input type="checkbox"/> poignets <input type="checkbox"/>	
 DUREE DE LA FRICTION exprimée en secondes	_ _
Durée de friction attendue pour le produit utilisé exprimée en secondes	_ _
	1. Oui - 2.Non
Mains visuellement sèches à l'arrêt de la friction	_

FICHE VALIDÉE :

N° DE SAISIE FICHE :



ANNEXE 4

FICHE N°3 : FRICTION CHIRURGICALE

Attention ! Il est impossible de saisir une fiche incomplète

Nom (ou code) de l'auditeur : _____

Date : __ / __ / __

Code service	
Discipline	<input type="checkbox"/>
Spécialité chirurgicale	<input type="checkbox"/>
Période d'observation 1. Jour 2. Nuit	<input type="checkbox"/>
Personnel observé : Fonction:	<input type="checkbox"/>
1. Femme 2. Homme	<input type="checkbox"/>
Observation des préalables à l'hygiène des mains	1. Oui - 2. Non
Manches courtes	<input type="checkbox"/>
Absence de bijou	<input type="checkbox"/>
Ongles courts, sans vernis, sans faux ongles	<input type="checkbox"/>
Lavage	
Type de lavage observé : 1. initial (en début de programme) 2. entre deux interventions	<input type="checkbox"/>
3. lavage non observé	<input type="checkbox"/>
Observation de la technique de lavage	1. Oui - 2. Non - 3. NC
Utilisation de savon doux	<input type="checkbox"/>
Mains et avant-bras	<input type="checkbox"/>
Brossage des ongles	<input type="checkbox"/>
Rinçage complet des mains et des avant-bras	<input type="checkbox"/>
Essuyage complet avec des essuie-mains à UU	<input type="checkbox"/>
Désinfection	
Délai entre lavage et désinfection :	<input type="checkbox"/>
1. ≥ 10 min après lavage 2. < 10 min après le lavage 3. Non applicable	<input type="checkbox"/>
1^{er} temps de friction	1. Oui - 2. Non
Le produit est réparti sur la totalité des mains et avant-bras, coudes inclus	<input type="checkbox"/>
zones frictionnées	<input type="checkbox"/> paumes <input type="checkbox"/> dos <input type="checkbox"/> espaces interdigitaux <input type="checkbox"/> doigts <input type="checkbox"/> ongles <input type="checkbox"/> pouces <input type="checkbox"/> poignets <input type="checkbox"/> avant-bras <input type="checkbox"/> coudes
2^{ème} temps de friction	1. Oui - 2. Non
Le produit est réparti sur la totalité des mains et avant-bras (manchettes)	<input type="checkbox"/>
zones frictionnées	<input type="checkbox"/> paumes <input type="checkbox"/> dos <input type="checkbox"/> espaces interdigitaux <input type="checkbox"/> doigts <input type="checkbox"/> ongles <input type="checkbox"/> pouces <input type="checkbox"/> poignets <input type="checkbox"/> avant-bras
<input type="checkbox"/> DUREE TOTALE DE LA DESINFECTION : <input type="text"/> minutes <input type="text"/> secondes	<input type="text"/> en secondes
Durée totale attendue pour le produit utilisé (en secondes)	<input type="text"/> en secondes
	1. Oui - 2. Non
Mains et avant-bras visuellement secs à l'arrêt de la friction	<input type="checkbox"/>

FICHE VALIDÉE :

N°DE SAISIE FICHE :

