

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

Module 1- DOUCHE et DEPILATION - Grille d'évaluation



Auditeur : /_____/ Date d'évaluation : /___/___/___/ Lieu d'évaluation : /_____/ Grille N° : /___/

Discipline : chir. hospitalisation chir. ambulatoire médecine bloc opératoire autre : /_____/

Sélection du patient et recueil des données avec le professionnel du service

Sexe : F H Age : /___/ Mode d'hospitalisation : ambulatoire conventionnel

Acte chirurgical (principal) : /_____/ Code acte (optionnel) : /_____/

Spécialité chirurgicale correspondant à l'acte : /_____/

Date d'intervention : /___/___/___/ Date d'admission : /___/___/___/

PCO tracée dans le dossier patient : oui non traçabilité non évaluée

Contrôle visuel de la PCO : réalisé et tracé mis en place mais non tracé non mis en place

Méthode : INTERVIEW du patient Moment de l'interview : préopératoire post-opératoire

Evaluateur : auditeur externe membre du service/bloc

Grille constituée de 4 parties (I, II, III, IV) : ne pas oublier de remplir la partie IV (« Vérification de la préparation cutanée »)



I- INFORMATION DU PATIENT

Patient informé	Sur LA DOUCHE PREOPERATOIRE	Sur LA DEPILATION
1-Patient ayant reçu des informations avant l'intervention ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne se souvient plus	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne se souvient plus
2-Si oui, à quel(s) moment(s) ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> en consultation préopératoire <input type="checkbox"/> lors du rappel quelques jours avant <input type="checkbox"/> au moment de l'admission <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> en consultation préopératoire <input type="checkbox"/> lors du rappel quelques jours avant <input type="checkbox"/> au moment de l'admission <input type="checkbox"/> autre
3-Si oui, comment ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> document remis au patient <input type="checkbox"/> vidéo d'information <input type="checkbox"/> oralement par un professionnel <input type="checkbox"/> autre : /_____/	<input type="checkbox"/> document remis au patient <input type="checkbox"/> vidéo d'information <input type="checkbox"/> oralement par un professionnel <input type="checkbox"/> autre : /_____/



II- Quick-audit n°1 – DOUCHE PREOPERATOIRE ou TOILETTE COMPLETE

1-Nombre de douches* prises depuis la veille ?	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> plus de 2
Informations concernant la DERNIERE douche ou toilette complète avant intervention (si au moins 1 douche a été prise)	
2-Jour de la dernière douche* ? (1 seule réponse)	<input type="checkbox"/> la veille <input type="checkbox"/> jour-même de l'intervention
3-Moment de la journée* ? (1 seule réponse)	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soir
4-Lieu de la dernière douche* ? (1 seule réponse)	<input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> dans le service
5-Horaire dernière douche* ?	Heure : /___/
6-Savon utilisé pour la dernière douche* ? (1 seule réponse)	<input type="checkbox"/> savon personnel liquide <input type="checkbox"/> savon personnel en pain <input type="checkbox"/> savon doux (fourni par le service) <input type="checkbox"/> savon ATS (nom du produit) : /_____/
7-Si savon liquide : quel conditionnement ?	<input type="checkbox"/> monodose <input type="checkbox"/> flacon neuf <input type="checkbox"/> autre : /_____/
8-Méthode utilisée pour la dernière douche* ? (la question ne concerne pas le savon)	<input type="checkbox"/> même méthode que d'habitude <input type="checkbox"/> méthode différente de d'habitude
9-Shampooing réalisé lors de la dernière douche ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

*douche ou toilette complète



III- Quick-audit n°2 – DEPILATION

Zone du corps à opérer : / _____ / **Pilosité** : sans poil avec poils → **Forte pilosité** : oui non

1-Cette zone a-t-elle été dépilée (dépilation = retrait des poils) : oui non

Si pas de dépilation, remplissez directement la partie « vérification de la préparation cutanée » en fin de document

2-Lieu(x) où a été réalisée la dépilation :

A domicile/hors ES : oui non **Dans le service** : oui non

DEPILATION à DOMICILE/HORS ETABLISSEMENT de SANTE

Dépilation = retrait des poils

1- Moment de réalisation de la dépilation ? / _____ / jours avant l'intervention (0 si même jour)

2- Circonstances de réalisation ? à la demande du service ou du praticien/chirurgien

(1 seule réponse)

initiative du patient par habitude

initiative du patient dans le contexte de la chirurgie

3-Méthode utilisée ? tondeuse → tondeuse nettoyée avant usage ? oui non

(1 seule réponse)

crème dépilatoire → test cutané réalisé ? oui non pas nécessaire (déjà utilisée)

rasoir mécanique*

autre méthode (préciser) : / _____ /

4- Méthode de dépilation utilisée conseillée par le service ? oui non ne sait pas/ne se souvient pas

5- Dépilation suivie d'une douche** ? oui non

DEPILATION dans le SERVICE

Dépilation = retrait des poils

1- Moment de réalisation de la dépilation ? / _____ / jours avant l'intervention (0 si même jour)

2-Personne ayant réalisé la dépilation : un professionnel de santé le patient lui-même

3-Méthode utilisée ? tondeuse

(1 seule réponse)

crème dépilatoire → test cutané réalisé ? oui non non nécessaire (déjà utilisée)

rasoir mécanique*

autre méthode (préciser) : / _____ /

4-En cas de dépilation réalisée par le patient :

4a- Circonstances ? à la demande du service à l'initiative du patient

4b- Méthode de dépilation utilisée conseillée par le service ? oui non ne sait pas/ne se souvient pas

5- Dépilation suivie d'une douche** ? oui non

*méthode non recommandée/proscrite **douche ou toilette complète



IV- VERIFICATION DE LA PREPARATION CUTANEE avant intervention

1-Patient questionné avant l'intervention par un professionnel sur la réalisation de la douche et/ou de la dépilation ?

oui non patient ne sait pas

2-Zone à opérer observée avant l'intervention par un professionnel?

(contrôle visuel = vérification de l'état cutané : *propreté, absence de lésions et de poils si nécessaire*)

oui non patient ne sait pas