

ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

SPECIALITE : médecine  chirurgie

SERVICE : \_\_\_\_\_

Unité : \_\_\_\_\_

Date

Observateur : \_\_\_\_\_

Tranche horaire : 1 matin  2 après-midi  3 nuit

Fonction : 1 médecin, interne  2 cadre  3 IDE  4 AS  5 ASH

6 externe  7 Autres

Affectation : Service  SICS

Pré-requis : Bijoux OUI  NON  Ongles courts OUI  NON  Vernis OUI  NON

HYGIENE DE MAINS		PRODUIT			TEMPS SAVONNAGE ou de FRICTIONS (en secondes)				RECONTAMINATION	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Opportunité : Lavage simple OUI  NON

Opportunité : Lavage antiseptique OUI  NON

Opportunité : S.H.A. OUI  NON

Opportunité GANTS OUI  NON

Port de GANTS OUI  NON

Geste effectué : \_\_\_\_\_

HYGIENE DE MAINS		PRODUIT			TEMPS SAVONNAGE ou de FRICTIONS (en secondes)				RECONTAMINATION	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Opportunité : Lavage simple OUI  NON

Opportunité : Lavage antiseptique OUI  NON

Opportunité : S.H.A. OUI  NON

Opportunité GANTS OUI  NON

Port de GANTS OUI  NON

Geste effectué : \_\_\_\_\_

HYGIENE DE MAINS		PRODUIT			TEMPS SAVONNAGE ou de FRICTIONS (en secondes)				RECONTAMINATION	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Opportunité : Lavage simple OUI  NON

Opportunité : Lavage antiseptique OUI  NON

Opportunité : S.H.A. OUI  NON

Opportunité GANTS OUI  NON

Port de GANTS OUI  NON

Geste effectué : \_\_\_\_\_



Grille OPPORTUNITE : HYGIENE DES MAINS

HYGIENE DE MAINS	PRODUIT	TEMPS SAVONNAGE ou de FRICTIONS (en secondes)	RECONTAMINATION
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Opportunité : Lavage simple    OUI     NON

Opportunité : Lavage antiseptique    OUI     NON

Opportunité : S.H.A.    OUI     NON

Geste effectué : \_\_\_\_\_

Opportunité GANTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Port de GANTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

HYGIENE DE MAINS	PRODUIT	TEMPS SAVONNAGE ou de FRICTIONS (en secondes)	RECONTAMINATION
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Opportunité : Lavage simple    OUI     NON

Opportunité : Lavage antiseptique    OUI     NON

Opportunité : S.H.A.    OUI     NON

Geste effectué : \_\_\_\_\_

Opportunité GANTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Port de GANTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

HYGIENE DE MAINS	PRODUIT	TEMPS SAVONNAGE ou de FRICTIONS (en secondes)	RECONTAMINATION
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Opportunité : Lavage simple    OUI     NON

Opportunité : Lavage antiseptique    OUI     NON

Opportunité : S.H.A.    OUI     NON

Geste effectué : \_\_\_\_\_

Opportunité GANTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Port de GANTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

HYGIENE DE MAINS	PRODUIT	TEMPS SAVONNAGE ou de FRICTIONS (en secondes)	RECONTAMINATION
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Opportunité : Lavage simple    OUI     NON

Opportunité : Lavage antiseptique    OUI     NON

Opportunité : S.H.A.    OUI     NON

Geste effectué : \_\_\_\_\_

Opportunité GANTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Port de GANTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

