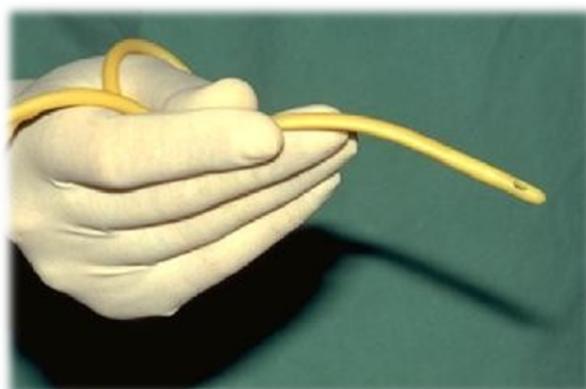


Enquête régionale 2021
« Sondage Vésical »

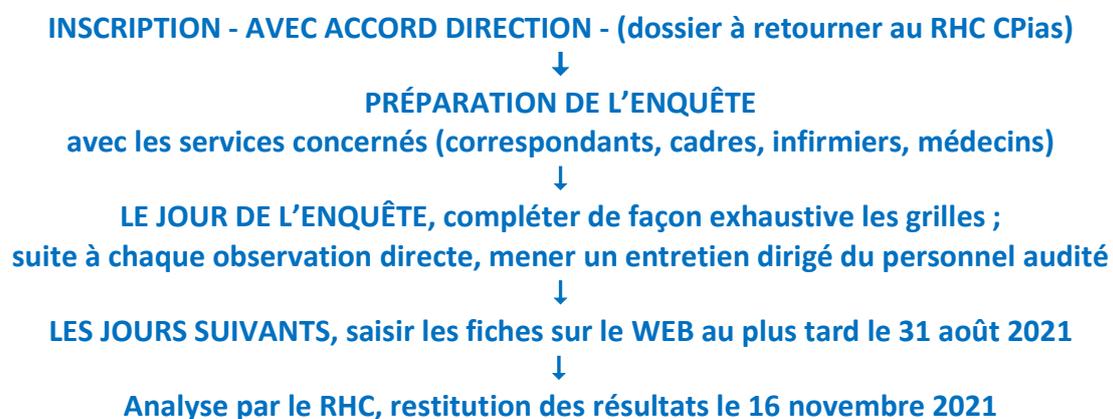
Priorité régionale 2021 - RHC-CPias



SOMMAIRE

	Page
SOMMAIRE	2
SCHÉMA RÉCAPITULATIF	3
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE	4
DÉFINITIONS	5
L'ÉVALUATION DES PRATIQUES	6
PÉRIMÈTRE DE L'ENQUÊTE	6
INSCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DATES CLÉ POUR LE DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE	6
MISE EN ŒUVRE DE L'ENQUÊTE	7
ANALYSE DES DONNÉES	7
ANNEXES	8
GRILLES	9
GUIDE DE REMPLISSAGE DES GRILLES	17
CODES SERVICES/DISCIPLINES	30
LIVRET D'INSCRIPTION	31
INFORMATION POUR LES PATIENTS/RÉSIDENTS OU LEURS PROCHES	38

SCHÉMA RÉCAPITULATIF



CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Le programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) définit comme prioritaire la réduction du risque infectieux associé aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Dans le cadre des enquêtes nationales de prévalence, que ce soit dans les établissements de santé [1] ou bien les EHPAD [2], la sphère urinaire représente le site d'infection le plus fréquemment retrouvé avec respectivement 1/4 et 1/3 des infections. Le sondage urinaire est identifié comme étant un facteur de risque d'acquisition d'une infection urinaire [1] [2]. En région Centre Val de Loire, les bactériémies à porte d'entrée urinaire représentent 1/5 des bactériémies associées aux soins acquises en hospitalisation complète et incomplète. Ces bactériémies sont associées à un antécédent de sondage urinaire (dans les 7 jours précédant l'épisode infectieux) dans 53,5% des cas, et concernent principalement les hommes (82%). Dans 45% des cas, il s'agit d'un sondage intermittent.

Le groupe de travail régional des surveillances et le Bureau Permanent du RHC CPias ont positionné comme priorité régionale 2021 la prévention des infections associées au sondage urinaire.

Les établissements de santé et médico-sociaux de la région sont invités à participer à 2 études particulières :

- **l'étude précise des infections bactériémiques associées au sondage vésical dans le cadre du programme national de surveillance SPIADI [3],**
- **l'évaluation des pratiques concernant la pose et la gestion de la sonde avec un focus particulier sur :**
 - **les indications au sondage vésical,**
 - **la traçabilité de la prescription, de la pose et de la gestion du sondage,**
 - **et la réévaluation de la nécessité du maintien de la sonde.**

Les résultats de ces 2 études devraient nous permettre de définir des priorités d'actions à mener pour prévenir les infections associées au sondage urinaire évitables tout au long du parcours de soins.

[1] Santé Publique France - Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé, Mai-Juin 2017 - 2019

[2] Santé Publique France - Enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Résultats nationaux 2016 – 2017

[3] <https://www.spiadi.fr/home>

DÉFINITIONS ET RAPPEL ESSENTIEL

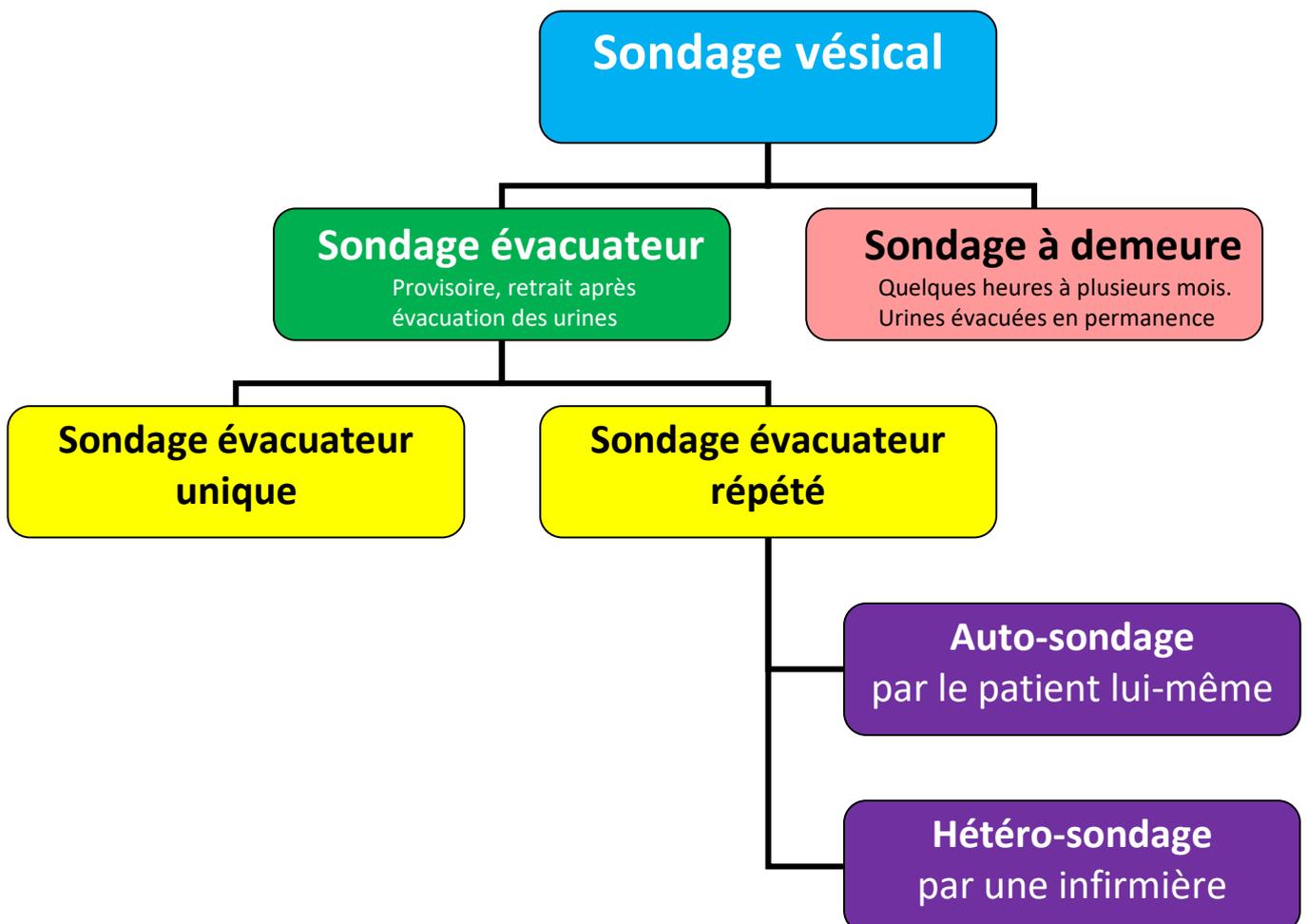
Le sondage vésical est défini par l'introduction aseptique d'un cathéter urinaire stérile dans la vessie par l'urètre, pour permettre l'écoulement de l'urine.

Le sondage vésical est un geste invasif associé à un risque infectieux. Ce geste nécessite d'être réalisé avec une asepsie rigoureuse, et le maintien du système clos pendant toute la durée du sondage.

Le système clos correspond à un assemblage de la sonde urinaire et du sac collecteur destiné au recueil des urines (système pré-connecté par le fabricant ou assemblé stérilement par le soignant avant la pose). La sonde et le sac collecteur stériles sont assemblés avant la pose et retirés ensemble.

Il existe différents types de sondage vésical:

- le sondage **vésical évacuateur ou intermittent**, réalisé de façon unique ou répétée, où la sonde est retirée **immédiatement** après l'évacuation des urines;
- le sondage **vésical à demeure ou permanent** où la sonde **reste en place** durant une durée variant de quelques heures à plusieurs mois.





L'ÉVALUATION DES PRATIQUES

L'évaluation des pratiques est réalisée par:

- la description des ressources institutionnelles,
- l'étude de dossiers de patients sondés à demeure,
- l'observation directe des pratiques suivie d'un entretien dirigé.

Six grilles sont proposées. Le remplissage de la grille 1 est obligatoire correspondant à la description des ressources institutionnelles. En dehors de la fiche 1, la structure peut choisir d'utiliser une ou plusieurs grilles en fonction des objectifs qu'elle poursuit.

Les personnels concernés par l'observation directe sont les professionnels qui posent et/ou manipulent la sonde ou le sac collecteur: IDE, médecins et internes, sages-femmes, étudiants de ces professions.

Les situations à observer sont :

- la pose de la sonde (sondage à demeure, sondage évacuateur isolé),
- la gestion du dispositif (toilette quotidienne du patient sondé, vidange du sac collecteur d'urines).

1. Périmètre de l'enquête

L'enquête est proposée aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux de la région Centre Val de Loire.

Au sein de chaque établissement, le périmètre de l'enquête est libre : l'enquête peut être menée dans l'ensemble des services, ou pour un ou plusieurs services cible.

Sont exclus :

- les patients de moins de 16 ans,
- les sondages évacuateurs répétés (auto-sondage, hétéro-sondage), les sondes prostatiques, les sondages destinés au lavage de vessie, les sondes permettant le monitoring du patient.

2. Inscription de l'établissement

Une fiche d'inscription à cette enquête (page 31) est indispensable pour:

- formaliser l'accord de la direction de l'établissement et l'inscription à l'audit régional,
- identifier une personne responsable de l'enquête, destinataire des résultats.

Le RHC CPias accusera réception de la fiche d'inscription.

Le protocole d'audit est disponible sur le site <https://rhc-arlin.pasman.fr/>.

En cas de difficultés, contacter Agnès PETITEAU par mail à l'adresse suivante a.petiteau@chu-tours.fr.

3. Dates clé pour le déroulement de l'enquête

Le 20 avril 2021 a eu lieu la réunion de lancement de l'enquête.



L'audit se déroule sur la période du **1^{er} mai au 31 juillet 2021**.

Les fiches devront être saisies directement sur le WEB (lien disponible sur le site internet du CPias) au plus tard le 31 août 2021.

4. Mise en œuvre de l'enquête

L'enquêteur est un hygiéniste ou une personne formée à l'hygiène.

L'enquêteur prend contact avec les responsables du service pour informer de l'enquête et organiser son intervention dans l'unité.

Un nombre minimal de 5 observations est souhaitable.

En préalable à sa venue dans la ou les unités choisies, l'enquêteur complète la fiche « Structure » (fiche 1).

Lors de son passage, l'enquêteur :

- Si l'étude de la traçabilité est faite (fiche 2), l'enquêteur complète une fiche « Traçabilité » (fiche 2) pour chacun des patients/résidents porteurs d'une sonde à demeure présents dans l'unité. La fiche « Traçabilité » peut également être complétée de manière rétrospective après la sortie du patient concerné;
- réalise une observation directe des pratiques (fiche 3,4,5 et 6).

Les observations directes doivent être très précises et les plus variées possibles.

Un même professionnel peut être observé dans plusieurs situations, mais il n'est pas intéressant de l'observer à plusieurs reprises pour une même situation.

Dans le cas où des non conformités ont été observées, l'observation est immédiatement suivie d'un entretien dirigé. Des questions-types sont disponibles à la fin de chaque grille d'observation.

Dans la grille d'observation, les items concernés par ces questions sont identifiés au moyen d'un astérisque suivi du numéro de la question (exemple : ★Q1 renvoi à la question numéro 1 du questionnaire).

5. Analyse des données

La saisie des grilles d'observation et des entretiens dirigés est réalisée par l'enquêteur directement sur le WEB au plus tard **le 31 août 2021**.

Les données seront analysées par le RHC CPias.

La restitution et l'analyse collégiale des résultats se fera en réunion, le 16 novembre 2021.

ANNEXES

ENTRETIEN AVEC L'AUDITÉ			
★ Q1	Pourquoi l'opérateur ne réalise-t-il pas de toilette génito-urinaire avant la pose?		_
	1. HABITUDE	2. JUGÉE NON NÉCESSAIRE	
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS	4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER	
★ Q2	Pourquoi l'opérateur ne retire-t-il pas ses gants après l'antiseptie du site ?		_
	1. HABITUDE	2. JUGÉE NON NÉCESSAIRE	
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS	4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER	
★ Q3	Pourquoi l'HDM n'a-t-elle pas été réalisée avant l'insertion de la sonde?		_
	1. HABITUDE	2. PORT DES GANTS DEPUIS LE DÉBUT DU SOIN	
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS	4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER	



FINISS ÉTABLISSEMENT		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
NUMÉRO DE FICHE		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		DATE		_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _		
SERV. HOSPI	DISC _ _ _ _ _	SPÉ _ _ _ _ _	UF _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
ÂGE	_ _ _ _ _	SEXE	MASCULIN <input type="checkbox"/>	FÉMININ <input type="checkbox"/>				
LE POSEUR								
CATÉGORIE PROF.		1. MÉDECIN	2. IDE/IDE SPÉ	3. SAGE-FEMME		_ _		
		6. AUTRE					_ _	
ÉTUDIANT				1. OUI	2. NON	_ _		
PORT D'UNE TENUE PROPRE				1. OUI	2. NON	_ _		
PORT D'UN TABLIER PLASTIQUE À USAGE UNIQUE				1. OUI	2. NON	_ _		
TOILETTE GÉNITO-URINAIRE ★Q1				1. OUI	2. NON	_ _		
HYGIÈNE DES MAINS AVANT LA TOILETTE				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	HYGIÈNE DES MAINS		1. PAR FRICTION	2. LAVAGE SIMPLE		_ _		
	LA TECHNIQUE EST-ELLE CONFORME?		1. OUI	2. NON	_ _			
PORT DE GANTS				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	1. NON STÉRILES		2. STÉRILES			_ _		
PRODUIT UTILISÉ POUR LA TOILETTE								
1. SAVON DOUX LIQUIDE		1. SAVON ANTISEPTIQUE		2. AUTRE		_ _		
LINGE DE TOILETTE PROPRE				1. OUI	2. NON	_ _		
RETRAIT DES GANTS IMMÉDIATEMENT APRÈS LA TOILETTE				1. OUI	2. NON	_ _		
ANTISEPSIE DU SITE				1. OUI	2. NON	_ _		
HYGIÈNE DES MAINS				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	HYGIÈNE DES MAINS		1. PAR FRICTION	2. LAVAGE SIMPLE		_ _		
	LA TECHNIQUE EST-ELLE CONFORME?		1. OUI	2. NON	_ _			
PORT DE GANTS				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	1. NON STÉRILES		2. STÉRILES			_ _		
QUEL ANTISEPTIQUE (ASQ) ?								
1. POVIDONE IODÉE DERMIQUE		2. POVIDONE IODÉE GYNÉCOLOGIQUE		_ _				
3. SOLUTÉ CHLORÉ 0,5%		4. AUTRE => PRÉCISER		_ _				
UTILISATION DE COMPRESSES				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	1. NON STÉRILES		2. STÉRILES			_ _		
SÉCHAGE SPONTANÉ SANS ESSUYAGE DE L'ASQ AVANT INSERTION				1. OUI	2. NON	_ _		
RETRAIT DES GANTS IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ANTISEPSIE ★Q2				1. OUI	2. NON	_ _		
INSERTION DE LA SONDE								
HYGIÈNE DES MAINS AVANT L'INSERTION ★Q3				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	DÉSINFECTION DES MAINS		1. PAR FRICTION	2. LAVAGE SIMPLE		_ _		
	LA TECHNIQUE EST-ELLE CONFORME?		1. OUI	2. NON	_ _			
PORT DE GANTS				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	1. NON STÉRILES		2. STÉRILES			_ _		
SYSTÈME SONDE/SAC COLLECTEUR PRÉ-CONNECTÉ				1. OUI	2. NON	_ _		
SI NON	LE SYSTÈME EST CONNECTÉ IMMÉDIATEMENT AVANT L'INSERTION DE LA SONDE			1. OUI	2. NON	_ _		
ANESTHÉSIE LOCALE AVANT L'INSERTION				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	L'ANESTHÉSIE EST CONDITIONNÉ EN MONODOSE STÉRILE			1. OUI	2. NON	_ _		
LUBRIFICATION DE LA SONDE AVANT L'INSERTION				1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	1. SÉRUM SALÉ 0,9% STÉRILE	2. EAU STÉRILE	3. LUBRIFIANT STÉRILE	4. AUTRE => PRÉCISER		_ _		
SI OUI	UTILISATION DE COMPRESSES			1. OUI	2. NON	_ _		
SI OUI	1. NON STÉRILES		2. STÉRILES			_ _		
SI NON	LA SONDE NÉCESSITE-T-ELLE UNE LUBRIFICATION ?			1. OUI	2. NON	3. NSP	_ _	
FIXATION DE LA SONDE APRÈS L'INSERTION (cuisse ou ventre selon les cas)				1. OUI	2. NON	_ _		
SAC COLLECTEUR EN DÉCLIVE SANS CONTACT AVEC LE SOL				1. OUI	2. NON	_ _		

ENTRETIEN AVEC L'AUDITÉ				
★ Q1	Pourquoi l'opérateur ne réalise-t-il pas de toilette génito-urinaire avant la pose?			_
	1. HABITUDE	2. JUGÉE NON NÉCESSAIRE		
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS	4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER		
★ Q2	Pourquoi l'opérateur ne retire-t-il pas ses gants après l'antisepsie du site ?			_
	1. HABITUDE	2. JUGÉE NON NÉCESSAIRE		
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS	4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER		
★ Q3	Pourquoi l'HDM n'a-t-elle pas été réalisée avant l'insertion de la sonde?			_
	1. HABITUDE	2. PORT DES GANTS DEPUIS LE DÉBUT DU SOIN		
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS	4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER		

TOILETTE GÉNITO-URINAIRE DU PATIENT/RÉSIDENT SONDÉ (SONDAGE À DEMEURE/SONDAGE PERMANENT)

5

FINISS ÉTABLISSEMENT		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
NUMÉRO DE FICHE		_ _ _ _ _		DATE	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
SERV. HOSPI	DISC _ _ _ _	SPÉ _ _ _ _	UF _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
ÂGE	_ _ _ _	SEXE	MASCULIN <input type="checkbox"/>	FÉMININ <input type="checkbox"/>	
TOILETTE	1. QUOTIDIENNE		2. APRÈS UNE SELLE		_
L'AUDITÉ					
CATÉGORIE PROF.	2. IDE/IDE SPÉ		4. AS		
	5. ASH		6. AUTRE		
ÉTUDIANT			1. OUI	2. NON	_
PORT D'UNE TENUE PROPRE			1. OUI	2. NON	_
PORT D'UN TABLIER PLASTIQUE À USAGE UNIQUE	★Q1		1. OUI	2. NON	_
LA TOILETTE					
HYGIÈNE DES MAINS AVANT LA TOILETTE			1. OUI	2. NON	_
SI OUI	HYGIÈNE DES MAINS		1. PAR FRICTION	2. LAVAGE SIMPLE	
	LA TECHNIQUE EST-ELLE CONFORME?		1. OUI	2. NON	_
PORT DE GANTS			1. OUI	2. NON	_
LINGE DE TOILETTE PROPRE			1. OUI	2. NON	_
PRODUIT UTILISÉ POUR LA TOILETTE					
	1. SAVON DOUX LIQUIDE	2. SAVON ANTISEPTIQUE	3. AUTRE		_
NETTOYAGE DE LA SONDE DU MÉAT VERS L'EXTÉRIEUR			1. OUI	2. NON	_
SÉCHAGE DE LA PEAU			1. OUI	2. NON	_
APPLICATION D'UN ANTISEPTIQUE (NON ATTENDUE)			★Q2		_
SI OUI	1. POVIDONE IODÉE DERMIQUE		2. POVIDONE IODÉE GYNÉCOLOGIQUE		
	3. SOLUTÉ CHLORÉ 0,5%		4. AUTRE => PRÉCISER		
SI APPLICATION D'UN ANTISEPTIQUE, UTILISATION DE COMPRESSES			1. OUI	2. NON	_
SI OUI	1. NON STÉRILES		2. STÉRILES		_
CHANGEMENT DU SAC COLLECTEUR D'URINES (NON ATTENDU)			★Q3		_
RETRAIT DU TABLIER PLASTIQUE			1. OUI	2. NON	_
RETRAIT DES GANTS IMMÉDIATEMENT APRÈS LE SOIN			1. OUI	2. NON	_
HYGIÈNE DES MAINS AU RETRAIT DES GANTS			★Q4		_
SAC COLLECTEUR EN DÉCLIVE SANS CONTACT AVEC LE SOL			1. OUI	2. NON	_
ENTRETIEN AVEC L'AUDITÉ					
★Q1	Pourquoi l'opérateur ne porte-t-il pas de tablier pour la toilette?				
	1. HABITUDE		2. PRATIQUE DU SERVICE		
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS		4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER		
	_				
★Q2	Pourquoi l'opérateur utilise-t-il un antiseptique?				
	1. HABITUDE		2. PRATIQUE DU SERVICE		
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS		4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER		
	_				
★Q3	Pourquoi l'opérateur change-t-il le sac collecteur d'urines ?				
	1. HABITUDE		2. PRATIQUE DU SERVICE		
	3. MÉCONNAISSANCE DES RECOS		4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER		
	_				
★Q4	Pourquoi l'opérateur ne réalise-t-il pas d'HDM immédiatement après le retrait des gants?				
	1. MANQUE DE TEMPS		2. HABITUDE		
	3. PEU DE RISQUE		4. AUTRE MOTIF => PRÉCISER		
	_				

GUIDE DE REMPLISSAGE DES GRILLES

Fiche n°1 : Fiche structure

- **Finess Établissement** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
code Finess de l'établissement
- **Date** : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|
date à laquelle est réalisé le recueil des données.
- **Prévention des infections sur sondage**
 - ✓ **Existence d'une procédure institutionnelle sondage à demeure**
Coder OUI/NON en fonction de l'existence d'une telle procédure dans la structure
 - **Si oui** :
Coder OUI/NON en fonction de la présence/absence de l'élément cité
 - ✓ **Existence d'une procédure institutionnelle sondage évacuateur isolé**
Coder OUI/NON en fonction de l'existence d'une telle procédure dans la structure
 - **Si oui** :
Coder OUI/NON en fonction de la présence/absence de l'élément cité
 - ✓ **La formation des professionnels à la pose d'une sonde urinaire est prévue**
Coder OUI/NON selon que le plan de formation de la structure intègre cette thématique
 - ✓ **La formation des professionnels à la gestion d'une sonde urinaire est prévue**
Coder OUI/NON selon que le plan de formation de la structure intègre cette thématique
- **Traçabilité**
 - ✓ **Informatisation de la prescription du sondage**
Coder OUI/NON/EN PARTIE selon que la prescription du sondage est totalement, en partie ou pas du tout informatisée dans la structure
 - ✓ **Informatisation de la traçabilité de la pose de la sonde**
Coder OUI/NON/EN PARTIE selon que la traçabilité de la pose de la sonde est totalement, en partie ou pas du tout informatisée dans la structure
 - ✓ **Informatisation de la traçabilité de la gestion de la sonde**
Coder OUI/NON/EN PARTIE selon que la traçabilité de la gestion de la sonde est totalement, en partie ou pas du tout informatisée dans la structure
 - **Si oui ou en partie**,
préciser la fréquence à laquelle l'outil informatique permet cette traçabilité
 - **Coder PLURIQUOTIDIENNE** si l'outil informatique permet une traçabilité pluriquotidienne de la gestion de la sonde
 - **Coder QUOTIDIENNE** si la traçabilité peut être validée seulement une fois/jour
 - ✓ **Informatisation de la traçabilité de la réévaluation de l'intérêt du maintien du dispositif**

Coder OUI/NON/EN PARTIE selon que la traçabilité de la réévaluation de l'intérêt du maintien du dispositif est totalement, en partie ou pas du tout informatisée dans la structure

- **Si oui ou en partie,**

préciser la fréquence à laquelle l'outil informatique permet cette traçabilité

- **Coder QUOTIDIENNE** si la traçabilité peut être validée quotidiennement

- **Coder TOUTES LES 48H** si la traçabilité ne peut être validée qu'une fois toutes les 48H

- **Coder HEBDOMADAIRE** si la traçabilité ne peut être validée plus qu'une fois par semaine

- **Dans les autres situations, Coder AUTRE** et préciser.

GUIDE DE REMPLISSAGE DES GRILLES

Fiche n°2 : Traçabilité

Critères d'inclusion :

- Patient : uniquement les adultes
- Type de sondage : sonde à demeure (exclusion des sondes prostatiques, des sondages destinés au lavage de vessie, des sondes permettant le monitoring du patient).
- **Finess Établissement** I _ I
code Finess de l'établissement
- **Numéro de fiche** I _ I _ I _ I _ I
reporter le numéro de l'observation
- **Date** I _ I _ I / I _ I _ I / I _ I _ I
date à laquelle est réalisé le recueil des données
- **Service d'hospitalisation** DISC I _ I _ I _ I _ I SPÉ I _ I _ I _ I _ I UFI I _ I _ I _ I _ I _ I
DISC : noter le code de la discipline du service (annexe X)
SPE : noter la spécialité du service (annexe X)
UF (code libre) : noter si nécessaire le code du service
- **Âge/Sexe** Reporter l'âge et le sexe du patient/résident concerné
- **Pose du dispositif** **Coder OUI** si la sonde a été posée dans le service
Coder NON si la sonde a été posée dans une autre structure
ou un autre service de l'établissement
- **Prescription de la sonde**
 - ✓ **Prescription de la sonde**
Coder OUI
 - si la prescription de la sonde est retrouvée dans le dossier patient ou
 - s'il n'y a pas de prescription et qu'il existe dans le service un protocole de sondage urinaire dans le cadre d'une prise en charge particulière (prescription « protocolisée »).**Coder NON** si la prescription de la sonde n'est pas retrouvée dans le dossier patient
 - **Si oui** :
 - Coder OUI/NON** en fonction de la présence/absence dans le dossier patient de l'élément cité
 - Coder NA** s'il n'y a pas de prescription et qu'il existe dans le service un protocole de sondage urinaire dans le cadre d'une prise en charge particulière (prescription « protocolisée »).
- **Indication au sondage**
 - ✓ Préciser l'indication au sondage. Il ne faut cocher qu'une seule indication (indication principale). Si l'indication n'est pas notée dans le dossier, il est possible de solliciter le clinicien en charge du patient/résident, sinon cocher 9.

- **Pose/Surveillance/Réévaluation**
 - ✓ **Date de pose de la sonde**
Coder OUI/NON selon que la date de pose du dispositif est retrouvée dans le dossier patient
 - ✓ **Taille de la sonde**
Coder OUI/NON selon que la taille du dispositif est retrouvée dans le dossier patient
 - ✓ **Nom du poseur**
Coder OUI/NON selon que le nom du poseur est retrouvé dans le dossier patient
 - ✓ **Traçabilité des soins réalisés**
Coder OUI si les soins réalisés autour du dispositif (toilette, vidange du sac collecteur...) sont tracés dans le dossier patient
 - **Si oui :**
préciser la fréquence de la traçabilité (moins d'1/fois/24h, 1 fois/24h ou plusieurs fois/24H) retrouvée dans le dossier patient.
 - ✓ **Traçabilité de la surveillance**
Coder OUI si la surveillance du dispositif est tracée
 - **Si oui :**
préciser la fréquence de la traçabilité (moins d'1/fois/24h, 1 fois/24h ou plusieurs fois/24H) retrouvée dans le dossier patient.
 - ✓ **Réévaluation de l'intérêt du maintien du dispositif**
Coder OUI si une réévaluation de l'intérêt du dispositif est retrouvée dans le dossier patient
Coder NA si le dispositif est posé depuis moins de 24H.
 - **Si oui :**
préciser la fréquence de la réévaluation retrouvée dans le dossier patient.

Coder OUI si l'opérateur a réalisé un geste d'hygiène des mains avant la réalisation de la toilette génito-urinaire (que le geste soit conforme ou non)

- **Si oui**, préciser la technique utilisée :

- **Friction**=> **coder 1**,

=> **coder OUI si la friction est conforme :**

respect des pré-requis,
et respect des 7 étapes,
et quantité de produit et durée suffisante (respect des recommandations du fabricant)

=> **Sinon, coder NON**

- **Lavage simple des mains** => **coder 2**,

=> **coder OUI si conforme**

respect des pré-requis,
et mouiller les mains,
et prise d'une dose de savon liquide,
et savonnage de toute la surface des mains (>15 secondes),
et rinçage soigneux et essuyage par tamponnement.

=> **Sinon, coder NON**

✓ **Port des gants**

Le port de gants non stériles est attendu

Coder OUI si l'opérateur porte des gants pour réaliser la toilette génito-urinaire

- **Si oui**, préciser le type de gants **STÉRILES** ou **NON STÉRILES**

✓ **Produit utilisé pour la toilette**

Coder 1 si la toilette est réalisée avec un savon doux liquide

Coder 2 si la toilette est réalisée avec un savon antiseptique

Coder 3 si la toilette est réalisée avec un autre produit

✓ **Linge de toilette propre**

Coder OUI si le linge utilisé est du linge propre non utilisé auparavant

✓ **Retrait des gants immédiatement après la toilette**

Coder OUI si les gants sont retirés après la toilette

Coder NON si les gants sont conservés après la réalisation de la toilette

• **Antisepsie du site**

✓ **Antisepsie du site**

La réalisation d'une antisepsie du site est attendue

Coder OUI/NON selon qu'une antisepsie du site est réalisée avant la pose de la sonde vésicale ou non

Si NON, passer directement à l'item « Insertion de la sonde »

✓ **Hygiène des mains**

Coder OUI si l'opérateur a réalisé un geste d'hygiène des mains avant la réalisation de l'antisepsie du site (que le geste soit conforme ou non)

- **Si oui**, préciser la technique utilisée :

- **Friction**=> **coder 1**,

=> **coder OUI si la friction est conforme :**

respect des pré-requis,
et respect des 7 étapes,
et quantité de produit et durée suffisante (respect des

recommandations du fabricant)

=> **Sinon, coder NON**

- **Lavage simple des mains => coder 2,**
=> **coder OUI si conforme**

respect des pré-requis,
et mouiller les mains,
et prise d'une dose de savon liquide,
et savonnage de toute la surface des mains (>15 secondes),
et rinçage soigneux et essuyage par tamponnement.

=> **Sinon, coder NON**

- ✓ **Port des gants**

Le port de gants non stériles est attendu

Coder OUI si l'opérateur porte des gants pour réaliser l'antisepsie du site

- **Si oui**, préciser le type de gants utilisé

- ✓ **Quel antiseptique ?**

Parmi les propositions, préciser l'antiseptique utilisé.

- ✓ **Utilisation de compresses**

Coder OUI si l'antiseptique est appliqué avec des compresses

- **Si oui**, préciser le type de compresses utilisé

- ✓ **Séchage spontané de l'antiseptique**

Coder OUI, si le temps de séchage spontané de l'antiseptique est respecté

- ✓ **Retrait des gants immédiatement après l'antisepsie du site**

Coder OUI si les gants sont retirés après l'antisepsie

Coder NON si les gants sont conservés après la réalisation de l'antisepsie et **poser la question Q2** en fin d'observation

- **Insertion de la sonde**

- ✓ **Hygiène des mains**

Coder OUI si l'opérateur a réalisé un geste d'hygiène des mains avant l'insertion de la sonde (que le geste soit conforme ou non)

- **Si oui**, préciser la technique utilisée :

- **Friction=> coder 1,**
=> **coder OUI si la friction est conforme :**

respect des pré-requis,
et respect des 7 étapes,
et quantité de produit et durée suffisante (respect des recommandations du fabricant)

=> **Sinon, coder NON**

- **Lavage simple des mains => coder 2,**
=> **coder OUI si conforme**

respect des pré-requis,
et mouiller les mains,
et prise d'une dose de savon liquide,
et savonnage de toute la surface des mains (>15 secondes),
et rinçage soigneux et essuyage par tamponnement.

=> **Sinon, coder NON**

Coder NON si l'opérateur ne réalise pas d'hygiène des mains et **poser la question Q3** en fin d'observation

✓ **Port des gants**

Le port de gants stériles est attendu

Coder OUI si l'opérateur porte des gants pour réaliser l'insertion de la sonde

- **Si oui**, préciser le type de gants utilisé

✓ **Système sonde/sac collecteur pré-connecté**

Coder OUI si le système sonde/sac collecteur est un système déjà monté

- **Si non**, préciser si la sonde et le sac collecteur sont bien connectés immédiatement avant l'insertion de la sonde

✓ **Test de gonflage du ballonnet (uniquement pour la fiche 3 sondage à demeure)**

Coder OUI, si un test de gonflage du ballonnet est réalisé avant l'insertion de la sonde

✓ **Anesthésie locale avant l'insertion**

Coder OUI, si réalisation d'une anesthésie locale avant l'insertion du cathéter

- **Si oui**, préciser si le produit est conditionné en monodose stérile

✓ **Lubrification de la sonde avant insertion**

Coder OUI si la sonde est lubrifiée avant son insertion

- **Si oui**, préciser le produit utilisé

- **Si oui**, préciser si le produit est appliqué avec des compresses

- **Si oui**, préciser le type de compresses utilisé pour l'application

Coder NON si la sonde n'est pas lubrifiée avant son insertion

- **Si non**, préciser si la sonde utilisée nécessite une lubrification ou humidification avant son insertion.

Coder 3 NSP (ne sait pas) si l'information n'est pas disponible.

✓ **Fixation de la sonde après insertion**

Coder OUI si la sonde est fixée une fois insérée (abdomen ou cuisse)

✓ **Sac collecteur en déclive**

Coder OUI si le sac collecteur est positionné en déclive sans contact avec le sol après l'insertion de la sonde

GUIDE DE REMPLISSAGE DES GRILLES

Fiche n°5 : Toilette génito-urinaire du patient/résident sondé

Critères d'inclusion :

- Patient : uniquement les adultes
- Type de sondage : sonde à demeure exclusion faite des sondes prostatiques, des sondages destinés au lavage de vessie, des sondes permettant le monitoring du patient.

- **Finess Établissement** | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
code Finess de l'établissement
- **Numéro de fiche** | _ | _ | _ | _ |
reporter le numéro de l'observation
- **Date** | _ | _ | _ | / | _ | _ | _ | / | _ | _ |
date à laquelle est réalisé le recueil des données
- **Service d'hospitalisation** DISC | _ | _ | _ | SPÉ | _ | _ | _ | UFI | _ | _ | _ | _ | _ |
DISC : noter le code de la discipline du service (annexe X)
SPE : noter la spécialité du service (annexe X)
UF (code libre) : noter si nécessaire le code du service
- **Âge/Sexe** Reporter l'âge et le sexe du patient/résident concerné
- **Toilette** Préciser si la toilette observée est réalisée dans le cadre de la toilette quotidienne du patient/résident ou bien à un autre moment de la journée, après une selle
- **L'audité** Il s'agit de la personne qui réalise la toilette
 - ✓ **Catégorie professionnelle**
Renseigner la profession de l'opérateur
 - ✓ **Étudiant**
Coder OUI si l'opérateur est un étudiant, ne pas oublier de préciser la profession
 - ✓ **Tenue propre**
Pour la toilette génito-urinaire, une tenue visuellement propre est attendue
Coder OUI/NON en fonction de la présence/absence d'une tenue propre
 - ✓ **Tablier plastique à usage unique**
Pour la toilette génito-urinaire, le port d'un tablier plastique à usage unique est attendu
Coder OUI/NON en fonction de la présence/absence d'un tablier plastique à usage unique
Si NON, poser la question Q1 en fin d'observation
- **La toilette**
 - ✓ **Hygiène des mains**
Coder OUI si l'opérateur a réalisé un geste d'hygiène des mains avant la réalisation de la toilette génito-urinaire (que le geste soit conforme ou non)
- **Si oui**, préciser la technique utilisée :

- **Friction** => **coder 1,**
=> **coder OUI si la friction est conforme :**

respect des pré-requis,
et respect des 7 étapes,
et quantité de produit et durée
suffisante (respect des
recommandations du fabricant)

=> **Sinon, coder NON**

- **Lavage simple des mains** => **coder 2,**
=> **coder OUI si conforme**

respect des pré-requis,
et mouiller les mains,
et prise d'une dose de savon
liquide,
et savonnage de toute la
surface des mains (>15
secondes),
et rinçage soigneux et essuyage
par tamponnement.

=> **Sinon, coder NON**

- ✓ **Port des gants**

Le port de gants non stériles est attendu

Coder OUI si l'opérateur porte des gants pour réaliser la toilette génito- urinaire

- ✓ **Linge de toilette propre**

Coder OUI si le linge utilisé est du linge propre non utilisé auparavant

- ✓ **Produit utilisé pour la toilette**

Coder 1 si la toilette est réalisée avec un savon doux liquide

Coder 2 si la toilette est réalisée avec un savon antiseptique

Coder 3 si la toilette est réalisée avec un autre produit

- ✓ **Nettoyage de la sonde**

Coder OUI si le nettoyage de la sonde est réalisé du méat vers l'extérieur

- ✓ **Séchage de la peau**

Coder OUI si la peau est séchée par tamponnement

- ✓ **Application d'un antiseptique**

Lors de la toilette du patient sondé, **l'application d'un antiseptique n'est pas attendue.**

Coder OUI si l'opérateur applique un antiseptique sur le méat et/ou la sonde urinaire et **poser la question Q2** en fin d'observation

- ✓ **Si oui,** préciser l'antiseptique utilisé
- ✓ **Si oui,** préciser si l'antiseptique est appliqué avec des compresses
- ✓ **Si oui,** préciser le type de compresses utilisé

- ✓ **Changement du sac collecteur d'urines**

Le changement du sac collecteur n'est pas attendu.

Coder OUI si l'opérateur, au cours de la toilette, change le sac collecteur d'urines **et poser la question Q3** en fin d'observation

- ✓ **Retrait du tablier plastique**

Coder OUI si l'opérateur retire le tablier plastique après la toilette

- ✓ **Retrait des gants immédiatement après le soin**

Coder OUI si les gants sont retirés immédiatement après la toilette

Coder NON si les gants sont conservés après la réalisation de la toilette

- ✓ **Hygiène des mains au retrait des gants**

Coder OUI si l'opérateur réalise une hygiène des mains immédiatement après avoir retiré les gants

Coder NON si l'opérateur ne réalise pas d'hygiène des mains au retrait des gants **et poser la question Q4** en fin d'observation

✓ **Sac collecteur en déclive**

Coder OUI si le sac collecteur est positionné en déclive sans contact avec le sol pendant la toilette

=> **coder OUI si la friction est conforme :**

et respect des 7 étapes,
et quantité de produit et durée suffisante (respect des recommandations du fabricant)

=> **Sinon, coder NON**

- **Lavage simple des mains => coder 2,**
=> coder OUI si conforme

respect des pré-requis,
et mouiller les mains,
et prise d'une dose de savon liquide,
et savonnage de toute la surface des mains (>15 secondes),
et rinçage soigneux et essuyage par tamponnement.

=> Sinon, coder NON

✓ **Port des gants**

Le port de gants non stériles est attendu

Coder OUI si l'opérateur porte des gants pour réaliser le soin

✓ **Utilisation de compresses**

Coder OUI si l'opérateur utilise des compresses pour manipuler le robinet de vidange du sac collecteur

- **Si oui**, préciser le type de compresses utilisé
- **Si oui**, préciser si les compresses sont imprégnées d'un antiseptique
- **Si oui**, préciser l'antiseptique utilisé

✓ **Retrait du tablier plastique**

Coder OUI si l'opérateur retire le tablier plastique après le soin

✓ **Retrait des gants immédiatement après le soin**

Coder OUI si les gants sont retirés immédiatement après le soin

Coder NON si les gants sont conservés après le soin

✓ **Hygiène des mains au retrait des gants**

Coder OUI si l'opérateur réalise une hygiène des mains immédiatement après avoir retiré les gants

Coder NON si l'opérateur ne réalise pas d'hygiène des mains au retrait des gants **et poser la question Q2** en fin d'observation

✓ **Sac collecteur en déclive**

Coder OUI si le sac collecteur est positionné en déclive sans contact avec le sol pendant la toilette

CODES SERVICES/DISCIPLINES

DISCIPLINE		SPÉCIALITÉS		CODE	
RÉANIMATION	REA	MÉDICALE	MED	REA	MED
RÉANIMATION	REA	POLYVALENTE	POL	REA	POL
RÉANIMATION	REA	CHIRURGICALE	CHIR	REA	CHIR
RÉANIMATION	REA	BRÛLÉS	BRU	REA	BRU
RÉANIMATION	REA	CARDIOLOGIQUE	CAR	REA	CAR
RÉANIMATION	REA	NEUROLOGIQUE	NEU	REA	NEU
RÉANIMATION	REA	AUTRE	AUT	REA	AUT
MÉDECINE	MED	SURVEILLANCE CONTINUE MÉDICALE/SOINS INTENSIFS MÉDICAUX POLYVALENTS	SUR	MED	SUR
MÉDECINE	MED	UNITÉ DE SOINS INTENSIFS CARDIOLOGIQUES	USI	MED	USI
MÉDECINE	MED	GÉNÉRALE/POLYVALENTE	GEN	MED	GEN
MÉDECINE	MED	MÉDECINE INTERNE	INT	MED	INT
MÉDECINE	MED	PNEUMOLOGIE	PNE	MED	PNE
MÉDECINE	MED	CARDIOVASCULAIRE/CARDIOLOGIE	CAR	MED	CAR
MÉDECINE	MED	NÉPHROLOGIE	NEP	MED	NEP
MÉDECINE	MED	HÉPATO/GASTROENTÉROLOGIE	HGE	MED	HGE
MÉDECINE	MED	DERMATOLOGIE/VÉNÉROLOGIE	DER	MED	DER
MÉDECINE	MED	ENDOCRINOLOGIE/DIABÉTOLOGIE/NUTRITION/MÉTABOLISME	NUT	MED	NUT
MÉDECINE	MED	RHUMATOLOGIE	RHU	MED	RHU
MÉDECINE	MED	NEUROLOGIE	NEU	MED	NEU
MÉDECINE	MED	MÉDECINE CARCINOLOGIQUE/ONCOLOGIE	CAN	MED	CAN
MÉDECINE	MED	RADIOTHÉRAPIE/CURIETHÉRAPIE/MÉDECINE NUCLÉAIRE	RAD	MED	RAD
MÉDECINE	MED	HÉMATOLOGIE	HEM	MED	HEM
MÉDECINE	MED	MÉDECINE GÉRIATRIQUE	GER	MED	GER
MÉDECINE	MED	MALADIES INFECTIEUSES/MÉDECINE TROPICALE	INF	MED	INF
MÉDECINE	MED	HOSPITALISATION DE JOUR	JOU	MED	JOU
MÉDECINE	MED	SOINS PALLIATIFS	PAL	MED	PAL
MÉDECINE	MED	AUTRES MÉDECINES	AUT	MED	AUT
URGENTES/ SERVICE PORTE	URG	-	-	URG	-
CHIRURGIE	CHIR	SURVEILLANCE CONTINUE CHIRURGICALE/SOINS INTENSIFS CHIRURGICAUX	SUR	CHIR	SUR
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE THORACIQUE/THORACIQUE-CARDIOVASCULAIRE	THO	CHIR	THO
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE CARDIAQUE	CAR	CHIR	CAR
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE VASCULAIRE	VAS	CHIR	VAS
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE	CVA	CHIR	CVA
CHIRURGIE	CHIR	NEUROCHIRURGIE	NEU	CHIR	NEU
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE DIGESTIVE	DIG	CHIR	DIG
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE GÉNÉRALE	GEN	CHIR	GEN
CHIRURGIE	CHIR	ORTHOPÉDIE/TRAUMATOLOGIE	ORT	CHIR	ORT
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE	PLA	CHIR	PLA
CHIRURGIE	CHIR	ORL	ORL	CHIR	ORL
CHIRURGIE	CHIR	OPHTALMOLOGIE	OPH	CHIR	OPH
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	MAX	CHIR	MAX
CHIRURGIE	CHIR	STOMATOLOGIE	STO	CHIR	STO
CHIRURGIE	CHIR	UROLOGIE	URO	CHIR	URO
CHIRURGIE	CHIR	CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE	CAN	CHIR	CAN
CHIRURGIE	CHIR	TRANSPLANTATION	TRA	CHIR	TRA
CHIRURGIE	CHIR	AUTRES CHIRURGIES	AUT	CHIR	AUT
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE	OBS	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE/MATERNITÉ	OBS	OBS	OBS
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE	OBS	GYNÉCOLOGIE CHIRURGICALE	CHIR	OBS	CHIR
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE	OBS	GYNÉCOLOGIE/SUIVI DE GROSSESSE	GYN	OBS	GYN
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE	OBS	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE/AUTRES	AUT	OBS	AUT
SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION	SSR	RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLE	REE	SSR	REE
SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION	SSR	AUTRES	AUT	SSR	AUT
PSYCHIATRE	PSY	-	-	PSY	-
DIALYSE	DIA	-	-	DIA	-
HOSPITALISATION À DOMICILE	HAD	-	-	HAD	-
SOINS DE LONGUE DURÉE	SLD	-	-	SLD	-
EHPAD	EHP	-	-	EHP	-

LIVRET D'INSCRIPTION **2021**

FICHES D'IDENTIFICATION

- Fiches « Établissement »
- Fiches « Destinataires des résultats »

INSCRIPTION ET SIGNATURE DES ACCORDS DE PARTICIPATION

- Enquête « Audit sondage vésical »

ÉDITER LE DOSSIER, LE REMPLIR LISIBLEMENT
ET LE RETOURNER AU RHC-CPIAS

Par courrier : RHC-CPIAS – 2 Bd Tonnellé 37044 TOURS Cedex 9

Par mail : m.fiorito@chu-tours.fr

MODALITÉS D'INSCRIPTION **2021**

⇒⇒⇒ L'INSCRIPTION À L'ENQUÊTE RÉGIONALE SE FAIT EXCLUSIVEMENT
PAR L'ENVOI DE CE DOSSIER AU RHC-CPIAS.

Pour participer à l'enquête régionale « **Audit sondage vésical** »,

vous devez remplir et renvoyer les documents suivants au RHC-CPIAS **avant le début de l'enquête.**

- la fiche d'identification de votre établissement
- la fiche d'identification des destinataires des résultats
- une fiche de participation pour l'enquête

FICHE D'IDENTIFICATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____

Adresse _____

Ville _____ Code Postal |_|_|_|_|_|_|_|

STATUT DE L'ÉTABLISSEMENT : PUBLIC PRIVÉ ESPIC

Numéro FINESS juridique établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro FINESS géographique établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOMBRE DE LITS |_|_|_|_|_|_|_|

FICHE D'IDENTIFICATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL

SI PLUSIEURS EHPAD SONT RATTACHÉS À VOTRE ÉTABLISSEMENT, REMPLIR UNE FICHE PAR EHPAD

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____

Adresse _____

Ville _____ Code Postal |_|_|_|_|_|_|_|

STATUT DE L'ÉTABLISSEMENT : PUBLIC PRIVÉ ESPIC

Numéro FINESS juridique établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro FINESS géographique établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

EST-IL : Indépendant
 Rattaché à un établissement de santé, préciser lequel : _____

NOMBRE DE LITS |_|_|_|_|_|_|_|

FICHE D'IDENTIFICATION DES DESTINATAIRES DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

L'accord du directeur de l'établissement est un préalable à la participation aux actions.

Les résultats des actions seront **EXCLUSIVEMENT** transmis par mail

- pour les établissements de santé et leur(s) EHPAD
 - au Président de CLIN ou au Responsable de la Gestion Des Risques,
 - à l'Hygiéniste responsable pour les établissements de santé et leur(s) EHPAD
 - au Directeur de l'EHPAD
 - au Médecin Coordonnateur de l'EHPAD

- pour les EHPAD ou autres EMS non rattachés à un établissement de santé
 - au Directeur
 - au Médecin Coordonnateur
 - au Référent Hygiène

POUR VOTRE ÉTABLISSEMENT de SANTÉ : (1 fiche par établissement)

➡ Merci de renseigner l'organisation actuelle.

DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM, PRÉNOM : _____

e-mail : (obligatoire) _____

TEL | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

Fonctionnement de l'équipe opérationnelle :

LE PRÉSIDENT DE CLIN OUI NON

NOM, PRÉNOM : _____

e-mail : (obligatoire) _____

TEL | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

LE RESPONSABLE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX OUI NON

NOM, PRÉNOM : _____

e-mail : (obligatoire) _____

TEL | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

LE RESPONSABLE HYGIÉNISTE DE L'ENQUÊTE

NOM, PRÉNOM : _____

e-mail : (obligatoire) _____

TEL | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

POUR VOTRE EMS: (1 fiche par établissement)



Merci de renseigner l'organisation actuelle.

LE DIRECTEUR DE L'EHPAD

NOM, PRÉNOM : _____

E-mail : (obligatoire) _____

TEL | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

LE MÉDECIN COORDONNATEUR (ou si poste vacant, CADRE DE SANTÉ),

NOM, PRÉNOM : _____

e-mail : (obligatoire) _____

TEL | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

LE RÉFÉRENT HYGIÈNE,

NOM, PRÉNOM : _____

e-mail : (obligatoire) _____

TEL | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

Enquête régionale « **Audit sondage vésical** »

CALENDRIER

Entre le 01/05/21 et le 31/07/2021

INSCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT

Établissement à inscrire : _____

Les données sont à saisir avant le 31/08/21

SIGNATURES DES ACCORDS

POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, SIGNATURES DES ACCORDS

LE PRÉSIDENT DE CLIN
OU RESP. RISQUE INFECTIEUX

L'HYGIÉNISTE

POUR LES EHPAD, MAS, FAM..., SIGNATURES DES ACCORDS

LE DIRECTEUR

LE MÉDECIN COORDONNATEUR

INFORMATION POUR LES PATIENTS/RÉSIDENTS OU LEURS PROCHES

OBSERVATION DES PRATIQUES MAI - JUILLET 2021

Vous (ou votre proche) êtes hospitalisé dans un service de notre établissement de santé/Vous êtes résident dans notre EHPAD.

Selon les recommandations du Ministère de la Santé et afin de renforcer la qualité des soins prodigués dans notre établissement, une enquête sur le risque infectieux associé aux soins a lieu dans l'ensemble des établissements publics et privés de la région Centre Val de Loire, un jour donné entre le 01/05/2021 et le 31/07/2021.

Cette enquête consiste en une observation des pratiques de soins et aura lieu le / / ou du / / au / / .

Cette enquête ne nécessite pas de modification de votre prise en charge ni de collecte d'aucune données médicales vous concernant.

Les résultats de cette enquête feront l'objet d'un traitement statistique informatique par le CPIAS (Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux soins) de la région Centre Val de Loire.

Dans le cas où vous souhaitez être informé des résultats et du type d'information recueillies, vous pouvez exercer un droit d'accès par l'intermédiaire de tout médecin exerçant dans ce service, ou auprès du responsable local de l'enquête et membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement.