



# Evaluation des connaissances des précautions standard et particulières (contact, gouttelettes, air)

## GRILLE DE RECUEIL

Etablissement : .....

Service : .....

Date : .....

Auditeur : .....

Audité : 1.  Médecin 2.  IDE 3.  AS 4.  Autre : .....

De quand date votre dernière information ou formation sur le sujet :

1.  moins d'1 an 2.  1 an à 5 ans 3.  plus de 5 ans

### A/ Précautions « standard », précautions particulières

*Lire chacune des questions en caractères gras*

N°	CRITERES	OUI	NON
1	<b>Existe-t-il dans le service, un document concernant les isolements ou les précautions ?</b> <i>L'existence du document est connue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si oui, est-il accessible ?</b> <i>La personne le trouve accessible</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<b>Quelles sont les mesures essentielles des précautions « standard » à appliquer à tout patient ?</b> <i>Réponses :</i>		
	<i>- Hygiène des mains entre 2 patients</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>- Hygiène des mains entre 2 soins</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>- Port de gants à usage unique non stériles si risque d'exposition au sang ou à des liquides biologique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<b>Connaissez-vous les noms des différentes précautions spécifiques ou particulières ?</b> <i>Réponses :</i>		
	<i>- contact (ou « manuportage »)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>- gouttelettes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>- air (si réponse « respiratoire » : demander précision)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<b><u>Précautions contact</u> :</b>		
	<b>• Les précautions de type contact (ex : BMR urinaire) nécessitent-elles une chambre seule ?</b> <i>Réponse « Oui »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>• Le port de gants à usage unique non stériles est-il nécessaire ?</b> <i>Réponse « Oui »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si Oui, dans quelle circonstance sont utilisés ces gants ?</b> <i>Réponse : « si contact avec patient ou environnement »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>• A la sortie de la chambre, quel type d'hygiène des mains pratiquez-vous ?</b> <i>Réponses :- lavage des mains avec un savon antiseptique</i> <i>- friction avec une solution hydro-alcoolique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>- friction avec une solution hydro-alcoolique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>• Le matériel est-il individualisé au patient (stétho., stylo, thermomètre non tympanique, ...) ?</b> <i>Réponse « Oui »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Evaluation des connaissances des précautions standard et particulières (contact, gouttelettes, air)

N°	CRITERES	OUI	NON
5	<b>Précautions gouttelettes :</b>		
	• Les précautions gouttelettes (ex : infection pulmonaire à SARM) nécessitent-elles une chambre seule ? <i>Réponse « Oui »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Le soignant doit-il porter un masque ? <i>Réponse « Oui »</i> Si Oui, quand ? <i>Réponse : « si soin rapproché avec le patient ou son environnement »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Le patient doit-il porter un masque ? <i>Réponse « Oui »</i> Si Oui, quand ? <i>Réponse : « lors des déplacements hors de la chambre »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• A la sortie de la chambre, quel type d'hygiène des mains pratiquez-vous ? <i>Réponses : - lavage des mains avec un savon antiseptique - friction avec une solution hydro-alcoolique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Précautions air :</b>		
	• Les précautions de type AIR (ex : tuberculose, ...) nécessitent-elles une chambre seule ? <i>Réponse « Oui »</i> Si Oui : Faut-il fermer la porte ? <i>Réponse « Oui »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Le personnel doit-il porter un masque ? <i>Réponse « Oui »</i> Si Oui,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Quel type de masque ? <i>Réponse : « FFP1 ou canard ou groin ou respiratoire »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Il est mis avant d'entrer ou après être entré dans la chambre ? <i>Réponse : avant d'entrer dans la chambre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Il est retiré avant de sortir ou après être sorti de la chambre ? <i>Réponse : après être sorti de la chambre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B/ Connaissance de l'existence de la prescription médicale

*Lire chacune des questions en caractères gras*

N°	CRITERES	OUI	NON
1	<b>Doit-il exister systématiquement une prescription médicale écrite lors de la mise en place de précautions spécifiques ?</b> <i>Réponse « Oui »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<b>Doit-il exister systématiquement une prescription médicale écrite lors de la levée des précautions spécifiques ?</b> <i>Réponse « Oui »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaire général :



# Evaluation des connaissances des précautions standard et particulières (contact, gouttelettes, air)

## FICHE SERVICE

### C/ Evaluation des moyens disponibles (interview du cadre)

Avez-vous dans le service (ou rapidement disponible si absent du service) :

N°	CRITERES	OUI	NON
1	Une solution hydro-alcoolique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Du savon antiseptique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Des essuie-mains à usage unique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Des gants à usage unique non stériles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Des blouses ou tabliers de protection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Des masques de soins ou masques chirurgicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Des masques FFP1 ou type « canard », « groin », « respiratoire » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Des supports de type : unité mobile d'isolement, paniers, support mural, tables, etc ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D/ Organisation de l'information (interview du cadre)

N°	CRITERES	OUI	NON
1	Existe-t-il un système de signalisation dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Le patient est-il informé par le médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Les visiteurs sont-ils informés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### E/ Grille d'observation

Non adaptée si aucun patient en isolement dans le service le jour de l'évaluation

N° de chambre :						
<b>Il existe une prescription médicale dans le dossier patient</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Il existe une signalétique à l'entrée de la chambre</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Il existe les moyens adaptés au type de précautions requis*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>*(noter OUI si l'ensemble des moyens ci-dessous existe)</p> <p>Précautions de type contact :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenue de protection</li> <li>Gants à usage unique non stériles</li> <li>Un flacon de solution hydro-alcoolique ou un flacon de solution de savon antiseptique</li> </ul> <p>Précautions de type gouttelette :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenue de protection</li> <li>Gants à usage unique non stériles</li> <li>Un flacon de solution hydro-alcoolique ou un flacon de solution de savon antiseptique</li> <li>Masques</li> </ul> <p>Précautions de type air :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Masque de type FFP1 à l'extérieur de la chambre</li> <li>Un sac poubelle jaune (DASRI) à l'extérieur de la chambre</li> </ul>						