Chirurgie programmée : Mode d’hospitalisation : 🗖 ambulatoire 🗖 conventionnelle Date d’admission du patient (jj/mm/aa) : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Auditeur : /\_\_\_\_\_\_\_\_/ N° de grille : /\_\_\_/ ES : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Bloc : */\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* Salle : */\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* Date : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Acte chirurgical (principal) : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Spécialité\* : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Altemeier : /\_\_\_/ (1 à 4)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thème** | **Question** | | | **Réponse** | | **Modes de recueil / précisions** | | |
| Douche  Toilette  préopératoire | **1-Nb de douches/toilettes complètes depuis la veille ?** | | | 🗖 aucune 🗖 1 🗖 2 🗖 plus de 2 | | **1ère intention :**  Question au patient | **2ème intention :**  Question  à l’Ibode | **3ème intention :**  Document traçabilité |
| **Si au moins**  **1 douche réalisée** : | | a-A domicile ? (si oui, préciser le moment)  b-Dans l’établissement?(idem) | 🗖 OUI 🡪 🗖 la veille 🗖 le jour-même  🗖 NON  🗖 OUI 🡪 🗖 la veille 🗖 le jour-même  🗖 NON | |
|  | c-Type de savon utilisé  pour la **dernière** douche/toilette ? | 🗖 savon antiseptique 🗖 savon doux 🗖 savon personnel | |
| Traitement  des pilosités  SITE CUTANE PRINCIPAL uniquement | **2- Site opératoire dépilé ?** | | | 🗖 OUI 🗖 NON 🗖 zone de peau à inciser glabre | | Question au patient | Question à l’Ibode | Document traçabilité |
| **Si oui :** | a-Lieu et méthode de dépilation utilisée ?  *(plusieurs lieux possibles)* | | **Lieu** | **Méthode** |
| 🗖 à domicile - - - - - - - - - 🡪  🗖 en service - - - - - - - - - 🡪 | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
|  | | 🗖 au bloc - - - - - - - - - - - 🡪 | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Au bloc : observation | | |
| b-Justification de la dépilation (motif principal) ? | | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *Code motif\* : /*\_\_\_*/* | | Question à l’Ibode/au chirurgien | | |
| Détersion  Nettoyage cutané  PEAU saine | **3- Nettoyage/détersion du site opératoire réalisé ?** | | | 🗖 OUI (savon doux) 🗖 OUI (savon ATS) 🗖 NON | | Observation  « *Souillures* » : cf. guide auditeur | | |
| **4- Présence de souillures visibles ?** | | | 🗖 OUI 🡪 type de souillure : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ 🗖 NON | |
| Antisepsie  Désinfection  cutanée  PEAU saine | **5-Nombre d’applications du produit ?** | | | 🗖 aucune 🗖 1 🗖 2 🗖 plus de 2 | | Observation | | |
| **Pour la DERNIERE APPLICATION uniquement :** | | | | | | | |
|  | a-Nom du produit appliqué ? *(nom commercial)* | | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /\_\_\_\_/ % Préciser le type de solution : 🗖 alcoolique 🗖 aqueuse | | | | |
| b-Application large du produit ?  c-Application avec un support ?  d-Application débutant par la ligne d’incision ? | | 🗖 OUI 🗖 NON  🗖 OUI 🗖 NON  🗖 OUI 🗖 NON | | « *Application* » : cf. guide auditeur | | |
| e-Séchage spontané du produit ? | | 🗖 OUI (sans intervention extérieure) 🗖 NON | | « *Séchage* » : cf. guide auditeur | | |
|  |  | f-Attente du séchage complet du produit ? | | 🗖 OUI (peau sèche avant pose du drapage) 🗖 NON | |
|  |  | g-Heure du début de la dernière application | | /\_\_\_\_\_/h /\_\_\_\_\_/ min | | Horloge/pendule/scope | | |