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** |
| DoucheToilettepréopératoire | **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 |
| Traitementdes 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 |
| DétersionNettoyage cutanéPEAU 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 DésinfectioncutanéePEAU 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 |