



La fiche « **Questionnaire Auto-évaluation** » doit être validée par le Directeur de l'établissement.



## EHPAD et Etablissements Médico-Sociaux 2013 : « Questionnaire Auto-évaluation »

### Chapitre 1 : Organisation des moyens de prévention dans l'établissement

#### I-1 Moyens

NA : Non applicable

Critères ..... oui non NA(\*)

I-1.1 Votre établissement bénéficie de la présence d'un médecin coordonnateur .....

I-1.1.1 Si Oui : Nom et Prénom du médecin :

Adresse de messagerie \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

I-1.2 Votre établissement bénéficie de la présence d'un(e) Infirmier(e) coordonnateur .....

I-1.2.1 Si Oui : Nom et Prénom de l'infirmier(e) : .....

Adresse de messagerie \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

I-1.3 Votre établissement

- a passé une convention en hygiène avec un établissement de santé .....
- travaille en réseau avec une équipe opérationnelle en hygiène dans l'établissement de santé .....
- dispose d'une infirmière hygiéniste (DU) et/ou d'un praticien hospitalier en hygiène (DU) avec des temps dédiés à l'activité .....

I-1.3 Une personne référente en hygiène (IDE, AS,...) et/ou relais est en place dans l'établissement .....

I-1.4 Le rapport annuel médical comporte un chapitre sur l'hygiène et le risque infectieux .....

I-1.5 La formation du personnel à la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS)

est régulièrement prévue pour :

- l'équipe médicale (par exemple EPU) .....
- les IDE et AS et Kinésithérapeute .....
- le personnel médico social (AMP : Aide-Médico-Psychologue) .....
- le personnel technique (personnel des cuisines, agent entretien, ASH) .....
- l'encadrement administratif .....

## I-2 Surveillance/ Alerte/ Indicateurs

Critères	oui	non	NA
I-2.1 Votre établissement a participé à une évaluation des mesures d'hygiène au cours des 3 dernières années ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-2.1.1 Si oui en quelle année ?  _ _ _ _			
I-2.2 Votre établissement a participé à une enquête de prévalence des infections au cours des 3 dernières années .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-2.2.1 Si oui en quelle année ?  _ _ _ _			
I-2.2.2 Si oui, indiquez votre taux de résidents infectés			<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value=" %"/>
I-2.3 Une politique de prise en charge des résidents porteurs de BMR a été définie au sein de votre EHPAD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-2.4 Un suivi des infections à BMR est organisé dans votre établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-2.5 L'évaluation de l'état nutritionnel des résidents est mise en place dans votre établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-2.6 Une conduite à tenir de prise en charge de résidents présentant une malnutrition protidique et/ou une déshydratation est validée par le médecin coordinateur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-2.7 Le suivi de cet état est organisé mensuellement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-2.8 Vous avez identifié les personnes ressources rattachées à :			
- Agence Régionale de la Santé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Antenne Régionale du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## I-3 Antibiotiques

Critères	oui	non	NA
I-3.1 Une politique antibiotique a été définie dans votre EHPAD par le médecin coordinateur à destination des médecins prescripteurs : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des protocoles de prescription des antibiotiques sont disponibles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- un référent en antibiothérapie est identifié dans votre établissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-3.2 Une réévaluation de prescription des antibiotiques est organisée entre la 48 <sup>ème</sup> et la 72 <sup>ème</sup> heure .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## I-4 Tenue du personnel dans l'établissement

Critères	oui	non	NA
- I-4.1 Le règlement intérieur de l'EHPAD ou un document équivalent existe : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- I-4.2 Ce règlement ou un autre document prévoit :			
I-4.2.1 Le port d'une tenue professionnelle pour le personnel salarié de l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-4.2.2 La mise à disposition d'une tenue professionnelle adaptée à la situation pour les intervenants extérieurs (infirmières libérales, kinésithérapeutes, médecin de ville, podologue, personnel de laboratoire de biologie...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-4.2.3 Une tenue à manches courtes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-4.2.4 Le changement quotidien de la tenue .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-4.2.5 L'absence de vêtements dépassant la tenue .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-4.2.6 L'absence de vêtement personnel sur la tenue au cours de l'activité de soins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-4.2.7 Les cheveux longs attachés et maintenus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-4.2.8 L'absence de bijoux (mains et poignets) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I-4.2.9 Les ongles courts et sans vernis, sans faux ongles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I-4.3L'entretien des tenues professionnelles des agents est assuré par :

- 1- l'établissement
- 2- un prestataire externe
- 3- l'agent lui-même

## Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits

Un EHPAD est un établissement considéré comme à risque infectieux moyen (zone 2, guide de nettoyage). Même si ce risque n'est pas fortement élevé (comme dans un service de réanimation par exemple), il est cependant bien réel et doit donc être pris en compte, tout particulièrement lors de la gestion de l'environnement et des circuits qui comporte :

- L'entretien des locaux
- Hygiène en restauration
- Gestion du linge
- Gestion des déchets
- Gestion de la qualité de l'eau

### II-1 Entretien des locaux

Critères	oui	non	NA
II-1.1 Il existe des procédures ou des protocoles de nettoyage des locaux dans l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-1.1.1 Si oui, elles sont :			
- validées par le médecin coordinateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffusées présentées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- évaluées .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-1.1.2 Elles concernent le nettoyage :			
- quotidien de la chambre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- trimestriel approfondi de la chambre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- approfondi de la chambre systématiquement au départ du résident .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- quotidien des sanitaires communs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des lieux de vie collectifs (restauration, animation...) après chaque utilisation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de (s) bureau (x) de consultation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la (des) salle (s) de soins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-1.1.3 Elles comportent :			
- une traçabilité de l'entretien des locaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'utilisation :			
- de détergents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de détergents/désinfectants .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la méthode vapeur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une liste des produits disponibles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-1.1.4 Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures de nettoyage des locaux :			
- un chariot de ménage est à la disposition des équipes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le matériel nécessaire existe :			
- les bandeaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les balais trapezes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les chiffonnettes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les produits .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II-2 Hygiène et restauration

Critères	oui	non	NA
II-2.1 Le dernier audit réalisé par les services vétérinaires date de moins de 3 ans .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.2 La méthode HACCP* est en place dans les services cuisines .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.3 Type de liaison entre la cuisine et les lieux de restauration : 1= liaison chaude 2= liaison froide	_		
II-2.4 Si vous êtes en liaison chaude, entre la cuisine et les lieux de restauration :			
- la température à 63°C minimum des aliments chauds servis aux résidents est contrôlée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la température <8°C des aliments froids est contrôlée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.5 Si vous êtes en liaison froide, entre la cuisine et les lieux de restauration :			
- la température à 3°C des aliments cuisinés avant remise en température est contrôlée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la température <8°C des aliments froids est contrôlée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la température à 63°C des aliments cuisinés après la remise en température est contrôlée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.6 Des thermomètres sont à disposition du personnel sur les lieux de restauration .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.7 La température des réfrigérateurs est contrôlée et enregistrée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.8 En cas de températures non-conformes, vous disposez d'une conduite à tenir (protocole) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.9 Votre établissement a instauré un protocole concernant la distribution des repas validé par le médecin coordinateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections			
II-2.9.1 Si oui, il prévoit :			
- l'hygiène des mains systématiquement des agents avant la distribution .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des résidents avant les repas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la protection de la tenue pour servir les repas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.10 Votre établissement a instauré un protocole validé par le médecin coordinateur et le directeur concernant l'entretien :			
- des chariots de distribution des repas dans les unités .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des réfrigérateurs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fréquence de l'entretien : <input type="text"/> par semaine			
-des micro-ondes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fréquences de l'entretien : <input type="text"/> par semaine			
- des chauffe lait .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fréquence de l'entretien : <input type="text"/> par semaine			
- des bouilloires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fréquence de détartrage : <input type="text"/> par semaine			
II-2.11 Des CAT sont prévus en cas de dysfonctionnement(s)** .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.12 Au cours de l'année écoulée votre établissement a rencontré un épisode de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-2.13 Votre établissement a défini un protocole concernant le fonctionnement « d'atelier cuisine » ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Hazard Analysis Critical Control Point

\*\* Y compris les prestations confiées à une société externe à l'établissement

## II-3 Gestion du linge

Critères

oui non NA

II-3.1 L'établissement prend en charge la blanchisserie :

1= Totalement 2= Partiellement 3= Pas du tout

### Circuit du linge propre

II-3.2 Il existe des procédures de gestion du linge propre dans l'établissement y compris le linge du résident .....

II-3.2.1 Si oui, elles sont :

- validées par le médecin coordinateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections.....
- diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD .....
- évaluées au cours des 3 dernières années .....

II-3.3 Le linge propre est maintenu à l'abri d'une contamination :

- il est filmé .....
- il est entreposé dans un chariot ou armoire ou local dédié fermé .....

II-3.4 Une hygiène des mains est demandée avant toute manipulation .....     
(inclus dans le protocole)

### Circuit du linge sale

II-3.5 Il existe des procédures de gestion du linge sale dans l'établissement .....

II-3.5.1 Elles sont :

- validées par le médecin coordinateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections.....
- diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD .....
- évaluées au cours des 3 dernières années .....

II-3.6 Elles portent sur l'existence d'un :

- tri à la production .....
- conditionnement (sacs étanches...) .....
- lieu de stockage intermédiaire .....

II-3.7 Lors des manipulations du linge souillé de liquides biologiques (selles, urines, sang), il est demandé d'appliquer les précautions « standard » :

- le port des gants .....
- l'hygiène des mains .....
- la protection de la tenue .....

II-3.8 Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures .....

- un chariot ou armoire ou local fermé dédié au linge propre est en place .....
- des sacs permettant le tri du linge sale/souillé dès la production existent .....
- le matériel de protection du personnel est à disposition .....

## II-4 Gestion des déchets

Critères	oui	non	NA
II-4.1 Il existe des procédures institutionnelles de gestion des déchets dans l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-4.1.1 Si oui, elles sont :			
- validées par le médecin coordinateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- évaluées au cours des 3 dernières années .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-4.2 Il existe une personne responsable de la mise en place de la politique du tri des déchets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-4.3 Elle gère cette politique qui porte sur :			
- le tri à la production DAOM, DASRI et OPCT .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le conditionnement identifié OM, DASRI et OPCT .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le lieu de stockage conforme aux normes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'évacuation et le transport des DASRI .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-4.4 Vous pouvez indiquer :			
- production DASRI (poids/mois) en kilos			<input type="text"/>
- délai de stockage (jours)			<input type="text"/>
II-4.5 Lors de manipulation de tous les déchets, il est demandé d'appliquer les précautions « standard » :			
- le port des gants .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'hygiène des mains .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la protection de la tenue .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-4.6 Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures et sont à disposition des équipes :			
- les sacs à déchets OM .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les sacs et/ou carton à déchets DASRI .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les collecteurs OPCT répondant à la norme NFX 30500 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le matériel de protection individuel du personnel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II-5 Gestion de la qualité de l'eau

### II-5.1 Eau chaude sanitaire

Critères	oui	non	NA
II-5.1.1 Au moins un contrôle annuel visant le dénombrement des légionelles est réalisé dans l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-5.1.2 Le laboratoire sollicité est accrédité COFRAC.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-5.1.3 Le contrôle comporte au moins cinq points de prélèvement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II-5.1.4 Si vous avez été confronté à une non-conformité, vérifiez que les points suivants ont été réalisés :			
- sécurisation des points d'usage par la mise en place de filtration terminale sur douche et/ou robinet (si impossible, arrêt de l'utilisation).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sensibilisation des médecins au risque de survenue de cas pendant 10 jours après l'arrêt de l'exposition .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mesures correctives .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vérification de la normalisation des analyses .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- II-5.1.5 Le carnet sanitaire portant sur l'eau est en place .....
- II-5.1.6 Il contient les éléments suivants :
- un audit portant sur le réseau par un organisme spécialisé .....
  - la cartographie actualisée du réseau .....
  - le suivi des températures .....
  - la liste des travaux en cours .....
  - les opérations de maintenance sur le réseau .....
  - les traitements contre le tartre .....
  - les traitements de désinfection de la robinetterie .....
  - les résultats d'analyse .....
  - la circulaire n°493 du 28 Octobre 2005 est à disposition .....
  - l'arrêté du 1<sup>er</sup> Février 2010 est à disposition .....
  - traçabilité de la purge des points d'usage eau chaude et eau froide .....
  - la fiche d'entretien ou de suivi .....
- II-5.1.7 Devant des dysfonctionnements et/ou en présence de résultats d'analyse non-conformes :
- une procédure détaillant la conduite à tenir dans l'établissement est en place .....
  - une information vers le médecin coordonnateur est systématique .....
- II-5.1.8 Vous avez à disposition une conduite à tenir devant une légionellose pulmonaire :
- pour la prise en charge du résident .....
  - pour les actions à mener concernant le réseau eau dans l'EHPAD .....
  - pour la déclaration (DO) d'une légionellose d'un résident .....

## II-5.2 Eau de consommation alimentaire

- II-5.2.1 Concernant l'eau du robinet
- au moins un prélèvement annuel contrôlant la potabilité au niveau des points des offices alimentaires est réalisé .....
- II-5.2.2 Vous utilisez l'eau embouteillée .....
- une vérification de la date limite de consommation est réalisée .....
  - un lieu de stockage adapté est prévu .....
- II-5.2.3 Vous utilisez l'eau des fontaines réfrigérantes : .....
- un prélèvement annuel contrôlant la potabilité des fontaines est réalisé .....
  - un entretien régulier des fontaines est programmé selon
  - les préconisations du fabricant .....
  - il existe une maintenance du circuit interne .....
- II-5.2.4 Vous utilisez l'eau distribuée à partir de « bombonne » .....
- un cahier des charges est en place avec la société distributrice de ce type d'eau .....
  - une maintenance du système est assurée par la société .....
- II-5.2.5 Devant des dysfonctionnements et/ou présence de résultats d'analyse non-conformes de la qualité de l'eau de consommation alimentaire :
- une procédure détaillant la conduite à tenir dans l'établissement est en place .....
  - une information vers le médecin coordinateur est systématique .....

## Chapitre III : Gestion du matériel de soins

Critères oui non NA

III-1 La politique de l'établissement privilégie l'usage de dispositifs médicaux à usage unique .....

III-2 Il existe une procédure de traitement (nettoyage-désinfection) du matériel de soins réutilisables ne nécessitant pas de stérilisation.....

III-3 Indiquer les équipements techniques mis à disposition pour stériliser les DM (Dispositifs Médicaux) :

.....

.....

III-4 Indiquer les DM stérilisés :

.....

.....

III-5 Décrivez le matériel dont vous disposez et dites, pour chacun d'eux, s'il existe un protocole de nettoyage et de désinfection ainsi que la nature des produits utilisés pour ce traitement (Détergent/Désinfectant, Vapeur) :

- Extracteur oxygène** : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA
- Générateur (appareil aérosol)** ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA
- Thermomètre température résident** ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA
- Brassard à tension** ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA
- Chariot lit/douche/fauteuil** ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA
- Lève malade (sangles ou hamac)** ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA
- Chariot de soins** ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA
- Chariot linge propre** ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA
- Chariot linge sale** ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, protocole validé : ..... 1  oui 2  non 3  NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
 - Détergent/Désinfectant ou Vapeur ..... 1  oui 2  non 3  NA

\*Validé par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections

- Chaise de pesée, plateforme**                    1oui    2non    3NA  
 Si oui, protocole validé :                    1oui    2non    3NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
   - Détergent/Désinfectant ou Vapeur    1oui    2non    3NA
- Bassin et urinoir**                                1oui    2non    3NA  
 Si oui, protocole validé :                    1oui    2non    3NA  
 Si oui, la désinfection se fait par :  
   - Détergent/Désinfectant ou Vapeur    1oui    2non    3NA

## Chapitre IV : Gestion des soins

L'organisation priorise l'individualisation des soins.

### IV-1 Actes infirmiers et de nursing

#### IV-1-1 – Pratiquez-vous ces soins dans votre établissement ?

- Aérosol thérapie**                                1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Alimentation entérale**                        1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Aspiration buccale ou bronchique**        1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Injections (IM/ SC / IV)**                      1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Oxygénothérapie**                              1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Plaies (escarres, ulcères)**                    1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Pose d'une perfusion sous-cutanée**        1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Pose d'une voie veineuse**                    1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Prélèvement veineux**                         1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Soins de nursing (toilettes, soins bucco dentaires ...)**  
 1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Sondage vésical**                                1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Pansement**                                        1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Stomies**                                            1oui    2non  
 Si oui, Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA

Concernant les thématiques suivantes :

- Hygiène des mains et ports de gants**      Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Précautions complémentaires**            Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA
- Précautions standard**                        Existe-t-il un protocole pour ce soin : 1oui    2non    3NA  
 Si oui, est-il validé ? 1oui    2non    3NA

\*Validé par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections.

## IV-2 Antiseptiques

Critères	oui	non	NA
IV-2.1 Il existe un protocole sur l'utilisation des antiseptiques dans l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-2.1.1 Il est :			
- validé par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffusé dans tous les secteurs de l'EHPAD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-2.2 Dans le protocole :			
IV-2.2.1 Le temps de contact des antiseptiques est précisé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-2.2.2 L'inscription sur les flacons de la date d'ouverture est demandée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-2.2.3 Un choix consensuel de 2 gammes d'antiseptiques a été effectué par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-2.2.4 L'utilisation des antiseptiques fait l'objet d'une prescription médicale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-2.2.5 L'utilisation des antiseptiques alcooliques est valorisée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-2.2.6 Le principe d'une antiseptie en 4 temps (nettoyage – rinçage – séchage antiseptie avec séchage spontané) est préconisé (exemple pose d'un cathéter veineux périphérique ou voie veineuse sous cutanée) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IV-3 Précautions « standard »

Elles concernent :

- l'hygiène des mains
- le port des gants
- le port de sur blouse, lunettes, masques
- les matériels et surfaces souillés
- le transport de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés
- les AES

Deux points de ces précautions standard (lavage et/ou désinfection des mains et gants) sont envisagés ci-après

Les précautions standard ont fait l'objet :

- d'une information auprès de tout le personnel .....
- d'une formation .....
- d'une large diffusion du protocole .....

### IV-3-1 Hygiène des mains

Critères	oui	non	NA
IV-3.1.1 La politique de l'hygiène des mains de l'établissement valorise l'utilisation des produits hydro alcooliques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-3.1.2 Des produits hydro alcooliques sont mis à disposition du personnel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-3.1.3 Une information et/ou formation préalable sur les conditions d'utilisation des produits hydro alcooliques a été effectuée auprès des personnels utilisateurs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-3.2.4 Quelle quantité de SHA avez-vous utilisée l'année précédente ?  _ _ _ _  litres			
IV-3.1.5 Les postes de lavage des mains implantés dans l'établissement comportent :			
- distributeur d'essuie mains .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- distributeur de savon doux liquide .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poubelle (commande non manuelle) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IV-3-2 Gants

Critères	oui	non	NA
IV-3.2.1 Les gants à usage unique non stériles sont mis à disposition des équipes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-3.2.2 L'établissement a promu l'utilisation des gants non poudrés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-3.2.3 Le principe d'utilisation UN GESTE=UNE PAIRE DE GANTS est respecté .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IV-4 Les précautions complémentaires

Elles renforcent les précautions « standard » et concernent :

- le port de gants à usage unique (gale et Clostridium difficile) et le port de sur blouse (précaution Contact)
- le port d'un appareil de protection respiratoire (précaution Air)
- le port d'un masque chirurgical à usage unique (précaution Gouttelettes)

Critères	oui	non	NA
IV-4.1 Les précautions complémentaires font l'objet d'une information dans l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-4.2 Concernant les procédures des précautions complémentaires il existe celles de type :			
- contact .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gouttelettes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- air .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-4.3 Il existe une signalisation lors de la mise en œuvre des précautions complémentaires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IV-5 Hygiène des résidents

Critères	oui	non	NA
IV-5.1 La toilette et les soins de nursing sont organisés et planifiés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-5.2 La surveillance de l'état bucco dentaire est organisée dans l'établissement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-5.3 Le lavage des mains et/ou la friction aux PHA est appliqué aux résidents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Chapitre V : Les vaccinations contre les infections respiratoires

Critères	oui	non	NA
V-1 L'établissement organise la vaccination antigrippale des résidents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V-2 L'établissement encourage la vaccination antigrippale de tout le personnel de l'EHPAD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V-3 L'établissement prend en charge la vaccination antigrippale de tout le personnel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V-4 L'établissement procède à la vaccination anti-pneumococcique des résidents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V-6 L'établissement veille au rappel de toutes les vaccinations réglementaires des personnels.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V-7 Indicateurs de suivi de la vaccination :			
V-7.1 Pouvez-vous donner pour le dernier hiver :			
- le pourcentage de résidents vaccinés contre la grippe	_____%	<input type="checkbox"/>	
- le pourcentage de soignants vaccinés contre la grippe	_____%	<input type="checkbox"/>	
- le pourcentage de résidents vaccinés contre les pneumocoques	_____%	<input type="checkbox"/>	
- le pourcentage de personnels vaccinés contre la coqueluche	_____%	<input type="checkbox"/>	

## Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques

### VI-1 Gale

Critères	oui	non	NA
VI-1.1 Il existe un protocole dans l'établissement pour faire face à un cas de gale. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-1.1.1 Il est :			
- écrit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- validé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffusé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-1.2 Des produits (Ivermectine) pour le traitement des personnes atteintes peuvent être mis à disposition du personnel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-1.3 La mise en place et la levée des mesures précautions complémentaires de type contact font l'objet d'une prescription médicale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-1.4 Le résident reste dans sa chambre jusqu'à la réalisation du traitement curatif .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-1.5 Des produits anti-acariens pour le traitement du linge et autres matériels non lavables à 60°C peuvent être mis à disposition .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-1.6 Une procédure et une traçabilité de l'information au résident et à la famille sont opérationnelles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-1.7 La gale est notifiée dans le dossier du résident .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VI-2 Tuberculose pulmonaire

Critères	oui	non	NA
VI-2.1 Il existe un protocole dans l'établissement pour faire face à un cas de suspicion de tuberculose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-2.2 La conduite à tenir devant un cas de tuberculose est :			
- écrite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- validée (médecin coordonnateur) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffusée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-2.3 La déclaration obligatoire est faite auprès de la CVGAS de l'ARS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-2.4 Le centre de ressource est identifié (CLAT) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-2.5 Le médecin du travail est systématiquement informé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-2.6 Un avis spécialisé est demandé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-2.7 Le malade est hospitalisé systématiquement dans un service de médecine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-2.8 Des mesures de dépistage des résidents et du personnel sont prévues .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-2.9 Les précautions complémentaires type air sont prévues en attendant le transfert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des masques chirurgicaux sont prévus pour le résident atteint .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des masques respiratoires (FFP1-FFP2) sont disponibles pour le personnel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VI-3 Gastro-entérite

Critères	oui	non	NA
VI-3.1 Il existe une conduite à tenir dans l'établissement pour faire face à une épidémie à partir de trois cas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-3.2 Une procédure de prise en charge est :			
- écrite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- validée par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement			
- ou par l'instance de prévention des infections .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffusée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-3.3 Les précautions complémentaires (contact) sont mises en place .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-3.4 En cas de résident suspect de diarrhée à Clostridium difficile :			
- le maintien dans sa chambre est préconisé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- un traitement des locaux comportant une désinfection à l'Eau de Javel® diluée* est prévu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-3.5 Dans le cadre de la gestion des risques épidémiques, une information est prévue vers :			
- les résidents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le Conseil de la vie sociale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les salariés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les familles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Dilution : 0.5% de chlore actif

## VI-4 Infection respiratoire aigue basse

Critères	oui	non	NA
VI-4.1 Il existe une conduite à tenir dans l'établissement pour la prise en charge des résidents atteints d'une infection respiratoire aiguë (IRA) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-4.1.1 Cette conduite à tenir est :			
- écrite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- validée (médecin coordonnateur) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffusée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-4.2 Les précautions complémentaires de type gouttelettes sont mises en place dans les situations d'IRA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-4.3 Le port du masque chirurgical est indiqué pour le personnel effectuant des soins auprès des résidents atteints d'IRA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-4.4 Il est demandé au résident atteint d'IRA de porter un masque chirurgical chaque fois qu'il quitte sa chambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI-4.5 La participation à des activités de groupe est temporairement suspendue pour le résident atteint d'IRA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Chapitre VII : Prévention des accidents avec exposition au sang

Critères	oui	non	NA
VII-1 Tout le personnel est à jour de la vaccination pour le VHB ou est protégé par auto immunisation (sous la responsabilité : Directeur, médecin du travail) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-2 Une formation auprès de tout le personnel y compris les intervenants extérieur pour prévenir les risques d'AES a été organisée dans l'établissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-3 Il existe des procédures institutionnelles détaillant la conduite à tenir (CAT) en cas d'AES mises en œuvre dans l'établissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-3.1 Elles sont :			
- validées par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-4 La Conduite A Tenir est affichée dans tous les lieux communs du personnel et des intervenants .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-5 En cas d'AES, il est prévu de faire un test rapide VIH pour investiguer le patient source (lorsque celui-ci est connu et avec son accord ou avec l'accord de la personne de confiance ou référent familial) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-6 Il existe un suivi épidémiologique des AES dans l'établissement réalisé par le médecin du travail .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-7 Donner la tendance évolutive de nombre d'AES de l'EHPAD au cours des 3 dernières années (médecin du travail) 1= en augmentation 2= en diminution 3= stable 4= ne sait pas .....			__
VII-8 Si votre EHPAD est doté d'un CHSCT, le bilan annuel des accidents avec exposition au sang est présenté lors d'une réunion .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-9 Le personnel dispose des équipements et du matériel de protection suivants :			
- des gants à usage unique non stériles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des masques chirurgicaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des lunettes de protection .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII-10 Le personnel dispose des équipements ou du matériel de sécurité suivants :			
- des collecteurs OPCT munis de système de fixation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du matériel sécurisé pour prélèvements sanguins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (*)
- du matériel sécurisé pour prélèvements capillaires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (**)
- du matériel sécurisé pour injections .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (**)
- du matériel sécurisé pour perfusions veineuses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (**)
- du matériel sécurisé pour perfusions sous cutanées .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (**)
- du matériel sécurisé pour l'insulinothérapie par auto piqueur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (**)

### 1-SONDAGE VESICAL

1-1 - Dans votre établissement faites-vous des sondages vésicaux ? 1- Oui  2- Non

1-1-1- Si Oui, Utilisez-vous : - un Dispositif de sondage vésical clos<sup>1</sup> ? 1- Oui  2- Non   
- un Dispositif de sondage vésical classique<sup>2</sup> ? 1- Oui  2- Non

### 2-PRELEVEMENT SANGUIN

2-1 - Qui réalise les prélèvements sanguins ?

1- Personnel infirmier de l'établissement 1- Oui  2- Non   
2- Personnel infirmier libéral 1- Oui  2- Non   
3- Personnel du laboratoire 1- Oui  2- Non

### 3 - SOINS DE NURSING, D'HYGIÈNE ET DE CONFORT

5-1 - Qui réalise les soins de nursing ?

(Plusieurs réponses possibles)

1- IDE 1- Oui  2- Non  4- Aide Médico-Psychologique 1- Oui  2- Non   
2- AS 1- Oui  2- Non  5- Auxiliaire de Vie 1- Oui  2- Non   
3- ASH 1- Oui  2- Non  6- Autre(s) 1- Oui  2- Non

Si autre(s), Précisez : .....

### 4 - ANIMAUX DE COMPAGNIE

6-1 - L'établissement héberge-t-il un ou des animaux de compagnie ? 1- Oui  2- Non

13-1-1- Si Oui, Combien ? : |\_\_|\_\_|

6-2 - Existe-t-il un protocole de suivi pour ces animaux 1- Oui  2- Non  1- 0

6-2-1- Est-il daté ? 1- Oui  2- Non  1- 0 6-2-2- Si oui, année du protocole |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

<sup>1</sup> Définition page 8 du guide de l'enquêteur

<sup>2</sup> Définition page 8 du guide de l'enquêteur