

ÉVALUATION DE LA PREVENTION DES INFECTIONS EN IMAGERIE MEDICALE

Protocole « EVALIMAG 2007 »

COMPOSITION DU COMITE D'ORGANISATION (GROUPE PROJET)		
NOM PRENOM	FONCTION	SERVICE / ETABLISSEMENT
V Bussy-Malgrange (anim projet)	Praticien hygiéniste	Coordination Resclin
R Husson (anim projet)	Cadre supérieur de santé	Pôle Imagerie CHU
M Ridard-Leplus	Directeur des soins	Institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale, CHU
MA Raulet	Manipulateur en électroradiologie médicale	Pôle Imagerie CHU
M Ferreira	Manipulateur en électroradiologie médicale	Cabinet de radiologie St Rémi, Reims
C Barbier	Cadre manipulateur en électroradiologie médicale	CH Charleville-Mézières
PERSONNES RESSOURCES		
M Jebabli	Biostatisticien	Resclin

V5 - SEPTEMBRE 2007

SOMMAIRE

	PAGE
INTRODUCTION/CONTEXTE	3
OBJECTIF	4
MOYENS/ACTEURS/METHODE	4
REFERENCES	6
GUIDE DE L'ENQUETEUR	7
ANNEXE 1 : FICHE DE RECUEIL D'INFORMATION GENERALES	11
ANNEXE 2 : FICHE DE RECUEIL DE DONNEES	12
MODELE D'AFFICHE D'INFORMATION DU PATIENT	13

Introduction

Les infections nosocomiales et liées aux soins sont un risque non négligeable pour le patient. L'enquête nationale de prévalence menée en juin 2006 au sein de 2337 établissements de santé français, montrait que 4,97% des patients hospitalisés un jour donné avaient une infection nosocomiale.

La réalisation d'actes techniques peut constituer la porte d'entrée d'une infection liée aux soins. La transmission des microorganismes au patient est le plus souvent croisée par l'intermédiaire du personnel, essentiellement par manuportage. La transmission se fait plus rarement par l'environnement contaminé du patient et par l'intermédiaire du matériel médico-chirurgical contaminé ou directement de malade à malade.

Les moyens de prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) ont été largement décrits et font l'objet de recommandations nationales et internationales. Ils comprennent d'une part l'information du patient ou de ses proches, dans le respect de la confidentialité, et d'autre part l'application des mesures techniques d'isolement permettant de renforcer les précautions standard. Des actions de communication sont également essentielles. Elles portent sur la signalétique et sur la transmission d'information entre soignants au cours du ou des séjours hospitaliers mais également après tout séjour hospitalier.

Les plateaux d'imagerie sont, comme les autres plateaux médico-techniques de médecine nucléaire ou de radiothérapie, de vastes creusets où se « rencontrent » et se croisent des patients de toutes origines hospitalières ou communautaires.

La technologie de plus en plus poussée et les interventions de plus en plus sophistiquées chez des patients parfois fragilisés, font de ces secteurs d'intervention des lieux où le risque infectieux associé aux soins est important.

De plus, en établissements de soins, les manipulateurs en radiologie sont souvent appelés à intervenir auprès des patients en isolement septique ou dans les services à haut risque infectieux : blocs opératoires, néonatalogie, réanimation, soins intensifs, urgences, hématologie, ...

Contexte

La mesure de la qualité de la pratique professionnelle fait partie des exigences de la loi du 4 mars 2002. Elle permet d'apporter les mesures correctives adaptées à la réalisation d'un processus afin d'assurer la sécurité des patients et des professionnels

La fédération nationale des médecins radiologues conduit depuis plusieurs années auprès de ses adhérents une démarche d'amélioration de la qualité.

L'évaluation de l'isolement technique est annuelle et conduite sur la période d'un trimestre Diligentée par le Resclin depuis 1998 dans les services de soins des établissements de santé volontaires elle a montré de façon itérative la difficulté d'évaluer la transmission de l'information concernant les patients porteurs de BMR ou infectés entre le service de soins et le plateau technique. Le groupe de travail a donc proposé d'intégrer l'évaluation de la qualité de cette information dans la grille d'évaluation des pratiques des secteurs médico-techniques.

En région Champagne-Ardenne, de nombreux services d'imagerie publics et privés ont mis en place des démarches d'amélioration de la qualité en matière de gestion du risque infectieux . Les référentiels sur lesquels se fonde l'évaluation ou l'audit des pratiques sont les protocoles d'hygiène et de prévention des infections mis en place. Ces protocoles sont établis en relation avec l'équipe opérationnelle en hygiène de l'établissement quand elle existe et sont validés par le Clin ou son équivalent.

Objectif :

Donner aux services d'imagerie médicale des indications qui leur permettent d'optimiser la prévention des infections et la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques au cours de la prise en charge des patients.

Moyens :

Un questionnaire d'évaluation et son guide ont été établis sur la base des recommandations en vigueur.

Acteurs :

investigateur principal :

Il assure la coordination de l'étude dans l'établissement

Evaluateur(s) :

Il s'agit de manipulateurs formés à l'audit et à la prévention des infections (correspondant en hygiène) de préférence n'appartenant pas au secteur audité, éventuellement en collaboration avec un infirmier en hygiène ou un praticien en hygiène.

Personnes ressources :

L'évaluateur et l'investigateur principal disposent d'une aide méthodologique auprès de la coordination du Resclin-Champagne-Ardenne (03 26 78 94 91, resclin@chu-reims.fr). Si nécessaire et pour toute question concernant l'organisation spécifique d'un établissement, la coordination du Resclin conseillera de contacter l'équipe d'hygiène de l'établissement.

S'il le souhaite, après analyse et en accord avec l'équipe d'hygiène de l'établissement, l'investigateur pourra recourir à un groupe de travail pluri-professionnel concerné par le sujet qui interviendra notamment pour rechercher les causes de non satisfaction et proposer des actions d'amélioration.

Méthode :

1- Descriptif de l'étude :

La première période sera une période d'étude de la faisabilité de la méthode avant proposition à l'ensemble des structures d'imagerie de la région.

Les établissements volontaires pour participer à la période de faisabilité testent le protocole et la grille de recueil sur une ou plusieurs journées ou partie(s) de journée(s).

En fonction de l'organisation du service ou du cabinet, l'évaluation concerne une ou plusieurs des entités suivantes : salle, activité (radiologie conventionnelle, scanner, IRM, secteur vasculaire, échographie, secteur interventionnel,...), unité, secteur, service...

Si la structure comporte plusieurs entités l'évaluation portera sur un ou plusieurs ou sur l'ensemble des unités, secteurs ou services.

Les unités d'imagerie interventionnelle et non interventionnelle peuvent être évaluées

2- Champ d'application

L'évaluation comprend les domaines suivants :

- la transmission de l'information :
 - o lors de la prise de rendez-vous
 - o à l'arrivée du patient dans l'entité
- la prise en charge du patient
 - o accueil du patient
 - o réalisation de l'examen

3- Critères d'inclusion

Les inclusions sont prospectives et continues tout au long des temps d'audit choisis (journée(s) ou demi-journée(s)). Elles concernent tout nouveau patient admis dans l'entité, qu'il soit infecté ou non infecté, porteur ou non de BMR

Chaque unité ou service concerné doit effectuer l'évaluation sur l'ensemble des patients consécutifs

4- Critères d' exclusion

Les patients ayant déjà été admis une première fois au cours de la même journée d'évaluation

5 – Autorisation et information préalables :

- **au directeur ou au directeur général, et aux professionnels en charge de la prévention des infections** : La coordination du Resclin-Champagne-Ardenne adresse un courrier d'information au président de Clin avec copie au chef de service ou chef de pôle ou au responsable du cabinet, afin d'obtenir son autorisation, ainsi qu'au responsable de l'équipe opérationnelle de chaque établissement. Le protocole est joint au courrier. Le président de Clin donne son autorisation et suit la procédure en vigueur dans son établissement et sollicite l'accord du directeur ou du directeur général.

En plus, l'encadrement des entités concernées prend contact avec l'équipe opérationnelle en hygiène et le président de Clin de leur établissement.

- **aux personnels des structures d'imagerie** : Avant le début de la période d'évaluation, l'investigateur principal informe tous les professionnels du service (unité ou secteur) d'imagerie concerné.

- **Aux patients** : Une information à destination des patients est réalisée à l'aide d'une affichette ou d'un tract dont un exemple est joint au protocole. Tout autre support peut rester à l'initiative de l'entité.

6 – Confidentialité :

Patients :

Aucune donnée permettant l'identification du patient n'est transmise. Les coordonnateurs s'engagent à traiter de façon confidentielle toutes les données.

Etablissement :

Un numéro de code confidentiel est attribué à l'investigateur principal de chaque entité d'imagerie participante.

Méthode permettant le respect de la confidentialité :

- Les fiches papier comportant l'identification des patients inclus sont anonymisées par découpage de la partie supérieure avant d'être adressées à la coordination du Resclin-Champagne-Ardenne. L'investigateur principal s'assure auparavant du remplissage simultané sur la partie supérieure et sur la partie inférieure du code entité et du numéro de la fiche
- Le personnel médical et paramédical fournit les informations nécessaires aux enquêteurs, sous couvert du secret professionnel.

7 - Modalités d'évaluation

Dès son arrivée dans le secteur, l'évaluateur signale sa présence aux professionnels médecins et non médecins.

Le recueil des données est réalisé **en temps réel par l'évaluateur, sans utiliser d'intermédiaire**. La fiche de recueil des données est renseignée après observation directe, recherche dans les dossiers médical et infirmier, questions au patient, questions aux soignants, aux secrétaires, selon les précisions indiquées dans la fiche de recueil.

Les fiches de recueil sont numérotées par ordre chronologique d'inclusion.

8 - Recueil des données :

a- Les **Documents techniques** sont adressés par le Resclin-Champagne-Ardenne à l'investigateur principal :

- Protocole de l'enquête qui comporte la fiche de recueil.
- Accord de participation à retourner au Resclin pour attribution du code d'anonymat de l'entité.

b- Les **définitions et codes** nécessaires au remplissage des fiches sont joints en annexes :

- Fiche « Identité de l'établissement et données administratives » (Annexe 1₂₀₀₇)
- Fiche « information générale » (annexe 2₂₀₀₇)

c- Les données sont **validées** sous la responsabilité de l'investigateur principal.

9 - Saisie des données :

Elle est effectuée par la coordination du Resclin-Champagne-Ardenne.

10 - Restitution des résultats :

- La coordination du Resclin-Champagne-Ardenne adresse les résultats propres de la structure à chaque investigateur principal. Chaque investigateur principal remet les résultats au responsable du service, au président de Clin et au responsable de l'équipe opérationnelle en hygiène.
- Les résultats préliminaires sont présentés lors de la réunion régionale annuelle du 15 novembre 2007 par un volontaire du groupe projet et, le cas échéant par le coordinateur du Resclin-Champagne-Ardenne
- Le comité d'organisation se réunit pour étudier les résultats et apporter toute modification nécessaire au protocole avant de le proposer à l'ensemble des structures d'imagerie de la région Champagne-Ardenne

7 - Calendrier

- L'évaluation se déroule du 1er et le 31 octobre 2007, sur une ou plusieurs journées.
- Les fiches anonymisées sont adressées au Resclin-Champagne-Ardenne au plus tard le 05 novembre 2007.
- Les résultats propres à chaque structure sont communiqués aux investigateurs au plus tard le 14 novembre 2007.
- Les résultats globaux sont présentés lors de la réunion régionale de lutte contre les infections nosocomiales du 15 novembre 2007

Références

- 1) CTIN. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale. Isolement septique. Recommandations pour les établissements de soins. 1998
- 2) CTIN. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. 1999
- 3) CTIN. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 1999
- 4) Réseau Champagne-Ardenne de lutte contre les infections nosocomiales, 2004 : Prévention des infections à bactéries multirésistantes en milieu gériatrique et maintien de la socialisation
- 5) CClin Paris-Nord : Hygiène en radiologie interventionnelle. Guide des bonnes pratiques. Edition juin 1999.
- 6) CClin Sud-Ouest : Prévention du risque infectieux en imagerie médicale non interventionnelle. Edition 2005.

GUIDE DE L'ENQUÊTEUR (OUTIL D'AIDE AU REMPLISSAGE DES FICHES)

Code entité : donné par la coordination du Resclin-Champagne-Ardenne

Fiche Informations générales concernant la qualité de la prise en charge des patients dans le domaine de la prévention des infections dans le service d'imagerie

Ce questionnaire doit être complété par l'investigateur principal qui complète une fiche à compléter par entité évaluée

Entité : salle, activité (radiologie conventionnelle, scanner, IRM, secteur vasculaire, échographie, secteur interventionnel,...), unité, secteur, service...

1 Ce questionnaire concerne un **secteur interventionnel** : compléter par 1=où, 2=non
On considère un acte comme une intervention s'il y a effraction cutanée à l'exclusion des injections parentérales

LES REPONSES AUX ITEM CI-DESSOUS se complètent simplement par oui ou par non après interrogation des professionnels de l'entité qui apportent les preuves ou arguments nécessaires

PREUVES « RESSOURCES HUMAINES » : comptes-rendus de réunion, attestations,

2 Des correspondants en hygiène ou gestion des risques sont nommés

3 Formation des correspondants

4 Formation/réunion d'information des professionnels non correspondants

Le nombre moyen de réunions est calculé sur les 2, 3 ou 4 dernières années

PREUVES « PROTOCOLES MIS A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS DU SERVICE » :
Protocoles, fiches techniques,....

5 Hygiène des mains

6 Hygiène de l'environnement

7 Protocole d'isolement septique (patient infecté à BMR ou non)

8 Protocole d'isolement technique (patient porteur sain à BMR, infecté ou non)

PREUVES « COMMUNICATION » : rapports, résultats, comptes-rendus de réunions,....

9 Si vous travaillez en établissement de santé : hôpital, clinique, SSR, SLD, PSPH,...., avez vous au moins une fois par an des informations formalisées sur cet établissement concernant :

9a la prévalence ou l'incidence de l'ensemble des infections nosocomiales (avec ou sans BMR)

9b la prévalence ou l'incidence des infections à BMR

9b ces informations sont données à l'ensemble des agents du service

PREUVES « SOLUTIONS HYDROALCOOLIQUE (SHA) » : protocoles, observation directe,...

10 pour la désinfection des mains, utilisez vous des SHA

10a Si oui, année d'introduction dans l'entité (aaaa, 9999=inconnu) : rechercher auprès du gestionnaire, de l'économat,...

Les deux item suivants concernant le suivi de la consommation des SHA sont introduits à titre d'indicateurs internes afin de sensibiliser les équipes des entités participantes

Consommation en litres par année (indicateur de suivi interne) :

10b 2004 **10c** 2005 **10d** 2006

10e qui assure ce suivi : compléter par 1=pharmacie, 2=service logistique, 3=EOH CLIN, 4=votre service, 5=autre, 9=inconnu)

Fiche d'évaluation de la prévention des infections en imagerie médicale

Les données sont obtenues :

- par recherche dans les dossiers informatique ou papier du patient (DP). Par extension les courriers sont compris dans les dossiers du patients
- Par interrogation du patient ou de ses proches (QP), des professionnels d'imagerie (QI), des soignants des services ou secteurs cliniques (QC)
- Par observation directe (OD)

Données confidentielles (Elles ne sont pas transmises).

Ces données pourraient permettre de retrouver un dossier dont certains éléments de recueil manqueraient

Nom Prénom : nécessaires pour la gestion de l'enquête par l'investigateur.

Etablissement

Renseignements administratifs (items 1 à 4)

- 1) Code entité: attribué au début de l'étude par le réseau.
- 2) Date de l'évaluation : date d'initialisation de la fiche par l'enquêteur.
- 3) Initiales de l'enquêteur
- 4) N° de fiche : donné en temps réel par l'enquêteur, de préférence par ordre chronologique
- 5) patient hospitalisé : au moment de son admission dans l'entité
- 6) examen demandé en urgence : l'examen n'a pas pu être placé selon un ordre chronologique d'arrivée des demandes

Information au moment où le rendez-vous a été donné au patient

7) Qui, dans l'entité d'imagerie a donné le RV au patient : Cet item permettra parfois de recouper certaines informations ou de les contrôler

La personne qui a donné le rendez-vous au patient a eu une information :

- 8) Sur le statut infectieux du patient
- 9) Sur le portage ou non d'une BMR

Répondre par 1 si l'information a été obtenue oralement lors de la prise du rendez-vous, par 2 si l'information a été adressée par écrit (courrier, courriel, télécopie), par 3 si l'information a été obtenue par un autre moyen, par 4 si l'information n'a pas été obtenue ou fournie, par 9 si l'enquêteur ne peut obtenir la réponse (inconnu)

10) Si la réponse à 8 et/ou 9 est oui, précisez si le patient est 1=infecté sans BMR, 2=porteur sain à BMR, 3=infecté à BMR, 4, ni l'un ni l'autre

11) Si la réponse à l'item 10 est 1, 2 ou 3, le RV a-t'il été placé en fin de programme : répondre par 1=Oui, 2=Non

12) Si la réponse à l'item 11 est non, indiquer pourquoi en utilisant les codes 1=urgence, 2=pas nécessaire car respect des protocoles de désinfection entre 2 patients, 3=non prévu dans le service, 4=la personne ayant pris le RV ne savait pas (plus), 5=autre précisez en clair

Prise en charge du patient dans l'entité d'imagerie : Accueil

13) Si, à l'arrivée du patient dans l'entité, vous découvrez qu'il est infecté sans BMR (=1) , porteur sain à BMR (=2) ou infecté à BMR (=3), vous complétez par les codes indiqués. Si vous ne découvrez rien de particulier concernant son statut infectieux, vous laissez l'item vide

14) Si vous avez complété l'item 13 par 1, 2 ou 3, vous indiquez le moment de la découverte : 1=à l'arrivée du patient dans le service d'imagerie, 2=au moment de la réalisation de l'examen

15) Si vous avez complété l'item 13 par 1, 2 ou 3, vous indiquez les modalités de découverte : 1=fiche de liaison, ordonnance, autre support 2=recherche active dans le dossier patient accessible en temps réel, 3=information donnée par le patient ou son accompagnant (ambulancier, brancardier, proche), 4=le jour même par un soignant du service (courrier, téléphone), 5=patient connu du service, 6= renseignement clinique inscrit sur un support non prévu à cet effet, 7=logo visible, 8=autre (en clair)

16) Si le patient est infecté sans BMR, porteur sain à BMR ou infecté à BMR, vous déplacez son rendez-vous

17) Si le patient est infecté sans BMR, porteur sain à BMR ou infecté à BMR vous l'accueillez dans un espace « réservé »

Pour les item 16 et 17 vous complétez selon le codage suivant : 1=Oui car le patient suivant ou le patient voisin est immunodéprimé, 2=impossible dans l'organisation générale, 3=impossible dans l'organisation de ce jour, 4=pas nécessaire car respect des protocoles de désinfection entre 2 patients 5= pas nécessaire car site infectieux bien isolé, ou pas de site infectieux, 6=non

Prise en charge du patient dans l'entité d'imagerie : Réalisation de l'examen

18) L'enquêteur précisera si l'acte est interventionnel selon la définition retenue : On considère un acte comme une intervention s'il y a effraction cutanée à l'exclusion des injections parentérales

l'enquêteur observera si pour réaliser l'examen les intervenants (manipulateurs, médecins, autres) :

19) portent une blouse : tous (=1), pas tous (=2) aucun (=3)

20) la tenue vestimentaire est à manches courtes : tous (=1), pas tous (=2) aucun (=3)

21) portent des bijoux aux mains et aux poignets : tous (=1), pas tous (=2) aucun (=3)
L'alliance qu'elle soit lisse ou non et la montre sont considérées comme des bijoux

Avant l'examen

L'enquêteur répondra pour les item 22 à 25 par le codage suivant : oui tous (=1), pas tous (=2), aucun (=3)

22) l'enquêteur observera si les intervenants pratiquent une désinfection des mains.

S'il y a désinfection des mains, l'enquêteur observera :

23) si le produit utilisé est une SHA et il codera : oui tous (=1), pas tous (=2), aucun (=3)

24) si la technique utilisée est un lavage simple au savon doux et il codera oui tous (=1), pas tous (=2), aucun (=3)

25) si la technique utilisée est un lavage hygiénique au savon antiseptique et il codera oui tous (=1), pas tous (=2), aucun (=3)

26) Si l'acte est interventionnel, l'enquêteur observera s'il y a eu préparation cutanée du patient par désinfection en un seul temps (=1) en 3 temps (=2) en 4 temps ou plus (=3) ou s'il n'y a pas eu de désinfection (=4)

27) S'il y a eu préparation cutanée par désinfection, le détail des produits utilisés sera précisé

Après l'examen

L'enquêteur répondra pour les item 28 à 31 par le codage suivant : oui tous (=1), pas tous (=2), aucun (=3)

28) l'enquêteur observera si les intervenants pratiquent une désinfection des mains.

S'il y a désinfection des mains, l'enquêteur observera :

29) si le produit utilisé est une SHA et il codera : oui tous (=1), pas tous (=2), aucun (=3)

30) si la technique utilisée est un lavage simple au savon doux et il codera oui tous (=1), pas tous (=2), aucun (=3)

31) si la technique utilisée est un lavage hygiénique au savon antiseptique et il codera oui tous (=1), pas tous (=2), aucun (=3)

32) l'enquêteur observera si les intervenants pratiquent une désinfection de la table d'examen et il codera 1=où, 2=non

33) l'enquêteur observera si les intervenants pratiquent une désinfection du matériel en contact avec le patient (cassette, sonde,...) et il codera 1=où, 2=non

Contrôle de qualité, commentaires, par recherche de l'enquêteur

Le cas échéant, l'enquêteur procédera à des recherches dans le dossier du patient, par enquête téléphonique ou par questionnement au patient sous réserve que cette pratique ne soit pas susceptible de le perturber. Il pourra ainsi compléter les items suivants

34) en cas de renseignements non obtenus par ailleurs, cet item peut préciser si le patient est infecté sans BMR, porteur sain à BMR ou infecté à BMR ou ni l'un ni l'autre

35) Un cas particulier (1=où, 2=non) peut être précisé en clair

Envoi des fiches de recueil avant le 05 novembre 2007 par courrier ou par email ou par fax après les avoir anonymisées en découpant la partie supérieure.

à : *Resclin-Champagne-Ardenne*
CHU-Clinique de Champagne
3 rue de l'Université
51100 Reims
email : resclin@chu-reims.fr
Fax : 03 26 78 35 60
Tél : 03 26 78 94 90

Informations générales concernant la qualité de la prise en charge des patients dans le domaine de la prévention des infections dans le service d'imagerie

*Ce questionnaire doit être complété par l'investigateur principal
 Une fiche à compléter par entité évaluée*

1 Ce questionnaire concerne un secteur interventionnel* /___/(1=oui, 2=non)

* Intervention = si effraction cutanée à l'exclusion des injections parentérales

RESSOURCES HUMAINES

2 Des correspondants en hygiène ou gestion des risques sont nommés :

2a Correspondants manipulateurs /___/(1=oui, 2=non) Si oui 2b : nombre /___/___/

2c Correspondants médecins /___/(1=oui, 2=non) Si oui 2d : nombre /___/___/

2e Correspondants « autres » /___/(1=oui, 2=non) Si oui 2f : nombre /___/___/

2g « autres » : précisez la profession _ _ _ _ _

3 Formation des correspondants :

Les correspondants sont formés régulièrement en interne ou en externe, par un professionnel de l'hygiène, lors d'une réunion sur l'hygiène et la prévention des infections, lors d'un stage :

3a Correspondants manipulateurs /___/(1=oui, 2=non) 3b N réunions/an (moyenne) /___/

3c Correspondants médecins /___/(1=oui, 2=non) 3d N réunions/an (moyenne) /___/

3e Correspondants « autres » /___/(1=oui, 2=non) 3f N réunions/an (moyenne) /___/

4 Formation/réunion d'information des professionnels non correspondants :

4a Manipulateurs /___/(1=oui, 2=non) 4b N réunions/an (moyenne) /___/

4c Médecins /___/(1=oui, 2=non) 4d N réunions/an (moyenne) /___/

4e « autres » /___/(1=oui, 2=non) 4f N réunions/an (moyenne) /___/

PROCOLES MIS A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS DU SERVICE :

5 Hygiène des mains :

5a Lavage simple (savon doux) /___/(1=oui, 2=non)

5b Lavage hygiénique (savon antiseptique) /___/(1=oui, 2=non)

5c Désinfection des mains par les Solutions hydroalcooliques (SHA) /___/(1=oui, 2=non)

6 Hygiène de l'environnement :

6a Avant l'accueil du premier patient de la journée /___/(1=oui, 2=non)

6b Entre deux patients /___/(1=oui, 2=non)

6c Après l'accueil du dernier patient de la journée /___/(1=oui, 2=non)

7 Protocole d'isolement septique (patient infecté à BMR ou non) /___/(1=oui, 2=non)

8 Protocole d'isolement technique (patient porteur de BMR, infecté ou non) /___/ (1=oui, 2=non)

COMMUNICATION :

8 Si vous travaillez en établissement de santé : hôpital, clinique, SSR, SLD, PSPH,...., avez vous au moins une fois par an des informations formalisées sur cet établissement concernant :

8a La prévalence ou l'incidence des infections /___/(1=oui, 2=non)

8b La prévalence ou l'incidence des infections à BMR /___/(1=oui, 2=non)

8c Ces informations sont données à l'ensemble des agents du service/___/(1=oui, 2=non)

9 pour la désinfection des mains, utilisez vous des SHA : /___/(1=oui, 2=non)

9a Si oui, année d'introduction dans l'entité : /___/___/___/___/(aaaa, 9999=inconnu)

Si vous faites le suivi de la consommation des SHA

9b Consommation en litres par année (indicateur de suivi interne) :

2004 : /___/___/___/___/ 2005 : /___/___/___/___/ 2006 : /___/___/___/___/

9e Qui assure ce suivi : /___/ (1=pharmacie, 2=service logistique, 3=EOH CLIN, 4=votre service, 5=autre, 9=inconnu)

Nom : _____ Prénom : _____ En provenance de _____ Numéro de fiche /___/___/___/___/ <i>Identifiant du patient (établissement, domicile : Intitulé propre à votre établissement)</i>		DP. QI/ QP
✕-----découper avant tout envoi-----		
ÉVALUATION DE LA PREVENTION DES INFECTIONS EN IMAGERIE MEDICALE 01 - 31octobre 2007		
1) Code entité (donné par le Resclin)/___/___/___/___/		2) Date évaluation /___/___/2007/
3) initiales évaluateur/___/___/		4) Numéro fiche /___/___/___/___/
5) Patient hospitalisé /___/ 1=Oui, 2=Non [DP]		6) Examen demandé en urgence /___/ 1=Oui, 2=Non
7) Qui, au sein de l'entité, a donné le RV /___/ 1=secrétaire, 2=manipulateur, 3=infirmière 4=autre, 9=inconnu		QI
LA PERSONNE QUI A DONNE LE RENDEZ-VOUS AU PATEINT A EU UNE INFORMATION :		
8) Sur le statut infectieux du patient /___/ 1=oui orale, 2=oui écrite, 3=oui autre, 4=non, 9=inconnu		QI
9) Sur le portage ou non d'une BMR /___/ 1=oui orale, 2=oui écrite, 3=oui autre, 4=non, 9=inconnu		QI
10) Si oui patient/___/1=infecté sans BMR, 2=porteur sain à BMR, 3=infecté à BMR, 4, ni l'un ni l'autre Si1, 2 ou 3, 11) le RV a été placé en fin de programme /___/ 1=Oui, 2=Non		QI
Si non, pourquoi : 12) /___/ 1=urgence, 2=pas nécessaire car respect des protocoles de désinfection entre 2 patients, 3=non prévu dans le service, 4=la personne ayant pris le RV ne savait pas (plus), 5=autre précisez_		QI
PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS L'ENTITE : ACCUEIL		
13) Vous découvrez que le patient est /___/1=infecté sans BMR, 2=porteur sain à BMR, 3 infecté à BMR		QI/ OD
▶ 14) Moment de la découverte /___/ 1=à l'arrivée du patient dans le service d'imagerie 2=au moment de la réalisation de l'examen		QI/ OD
▶ 15) Modalités de découverte : /___/ 1=fiche de liaison, ordonnance, autre support 2=recherche active dans le dossier patient accessible en temps réel, 3=information donnée par le patient ou son accompagnant (ambulancier, brancardier, proche), 4=le jour même par un soignant du service (courrier, téléphone), 5=patient connu du service, 6=renseignement clinique inscrit sur un support non prévu à cet effet, 7=logo visible, 8=autre,		QI/ OD
Si le patient est infecté sans BMR, porteur sain à BMR ou infecté à BMR		
▶ 16) vous déplacez son rendez-vous /___/ ▶ 17) vous l'accueillez dans un espace « réservé » /___/ 1=Oui car patient suivant ou patient voisin immunodéprimé, 2=impossible dans l'organisation générale, 3=impossible dans l'organisation de ce jour, 4=pas nécessaire car respect des protocoles de désinfection entre 2 patients 5= pas nécessaire car site infectieux bien isolé, ou pas de site infectieux, 6=non		QI/ OD
PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS L'ENTITE : REALISATION DE L'EXAMEN		
18) L'acte est interventionnel /___/ (1=oui, 2=non)		QI/ OD
*Compléter les items 19 à 25 (tenue, bijoux et désinfection des mains) par 1=Oui tous ; 2=pas tous ; 3=aucun		
Tenue vestimentaire, bijoux des intervenants (manipulateurs, médecins, autres) :		
19) Ils portent une blouse /___/*		OD
20) Leur tenue est à manche courte /___/*		OD
21) Leurs mains et poignets portent un ou des bijoux /___/*		OD
Avant l'examen :		
22) Désinfection des mains des professionnels /___/* Si oui :		OD
23) Désinfection SHA /___/*		OD
24) Lavage simple (savon doux) /___/*		OD
25) Lavage hygiénique (savon antiseptique) /___/*		OD
26) Si acte interventionnel, préparation cutanée du patient par désinfection : /___/ 1= en 1 seul temps, 2= en 3 temps, en 4 temps ou plus, 4=pas de désinfection		OD
27) Si préparation cutanée par désinfection : détail des produits utilisés (en clair) _____		OD
Après l'examen *Compléter les items 28 à 31 par 1=Oui tous ; 2=pas tous ; 3=aucun		
28) Désinfection des mains des professionnels /___/* Si oui :		OD
29) désinfection SHA /___/*		OD
30) lavage simple (savon doux) /___/*		OD
31) lavage hygiénique (savon antiseptique) /___/*		OD
32) Désinfection de la table d'examen /___/ 1=Oui, 2=non		OD
33) Désinfection du matériel en contact avec le patient (cassette, sonde, ...) /___/ 1=Oui, 2=non		OD
Contrôle de qualité, commentaires par recherche de l'enquêteur :		
34) Le patient est /___/ 1= infecté sans BMR, 2= porteur sain à BMR, 3 infecté à BMR, 4=ni l'un ni l'autre		DP/ QC/
35) Cas particulier /___/ 1=Oui, 2=non précisez :		QP

DP : Dossier patient, OD : Observation directe, QI : Question prof imagerie, QP : Question patient, QC soignants clinique

Audit des pratiques d'hygiène en imagerie médicale

Madame, monsieur,

Notre **service (cabinet)** réalise un audit des pratiques d'hygiène en partenariat avec le Resclin-Champagne-Ardenne, antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales.

Cet audit se déroulera le ou les (à préciser).

Au cours de cette période, **un membre de notre équipe ou un membre de l'équipe d'hygiène de notre établissement** pourra accompagner et observer les professionnels vous prenant en charge. Cette personne pourra également vous poser quelques questions.

Si vous le souhaitez, vous pouvez vous opposer à la présence de cet observateur auprès de vous en le signalant dès à présent aux professionnels qui vous accueillent.

Nous vous remercions pour votre compréhension et votre collaboration.