

Date de l’audit :

Établissement :

Lieu géographique de l’audit :

Secteur de l’audit :

**Cocher dans la case appropriée le niveau de résultat soit :**

**Élément observé** : Indique que la réponse satisfait aux exigences de la norme ou de l’avis d’expert ou encore qu’il n’y a pas d’écart de constaté.

**Élément observé partiel**: Indique que la réponse ne satisfait que partiellement aux exigences de la norme ou de l’avis d’expert ou encore qu’il y a des écarts de constatés.

**Élément non observé** : Indique que la réponse ne satisfait pas aux exigences de la norme ou de l’avis d’expert

**N/A :** Non applicable.

| **Activité de base** | **Éléments de conformité** | **Élément observé** | **Élément observé partiel** | **Élément non observé** | **N/A** | **Commentaires** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE | 1.1 Disponibilité de blouse de protection imperméable à manches longues. |  |  |  |  |  |
| 1.2 Port d’une blouse de protection par la personne affectée au nettoyage. |  |  |  |  |  |
| 1.3 Retrait de la blouse de protection dans la zone de décontamination. |  |  |  |  |  |
| 1.4 Disponibilité de masque et de protection oculaire OU d’écran facial total. |  |  |  |  |  |
| 1.5 Port d’un masque et d’une protection oculaire OU d’écran facial total par la personne affectée au retraitement. |  |  |  |  |  |
| 1.6 Disponibilité de gants de nitrile suffisamment longs. |  |  |  |  |  |
| 1.7 Port de gants de nitrile pour le nettoyage et pour la désinfection. |  |  |  |  |  |
| 1.8 Changement de gants et hygiène des mains entre les étapes de nettoyage et de désinfection. |  |  |  |  |  |
| 1.9 Retrait et disposition adéquate des EPI. |  |  |  |  |  |
| 2. PROTECTION DU PERSONNEL AFFECTÉ AU RETRAITEMENT CONTRE LES PATHOGÈNES TRANSMISSIBLES | 2.1 Connaissance de l’indication d’hygiène des mains (SHA ET eau et savon). |  |  |  |  |  |
| 2.2 Connaissance de la démarche à suivre si exposition à un pathogène transmissible par le sang. |  |  |  |  |  |
| 2.3 Vaccination reçue contre l’hépatite B (ou connaissance de cette vaccination si non reçue). |  |  |  |  |  |
| 2.4 Carnet de vaccination à jour selon les recommandations de l’établissement. |  |  |  |  |  |
| 2.5 Connaissance du fonctionnement des douches oculaires. |  |  |  |  |  |
| **Nombre total d’éléments de conformité audités** | | |  |  |  |  |  |

Nom de l’auditeur :

Titre d’emploi de la personne auditée :

Principales recommandations :