

AUDIT DOCUMENTAIRE	TRACABILITE DU SONDAGE VESICAL CLOS
---------------------------	--



DATE Evaluation : -- / -- /----

Service (intitulé) : Code service : |_____|
 Spécialité du service : |_____| 1 : Médecine, 2 : Chirurgie-obstétrique, 3 : SSR, 4 : EHPAD-SLD, 5 : autre

1.1 Nombre de patients présents dans le service	_ _	1.3 Existence d'un support de traçabilité pour la surveillance clinique quotidienne du sondage Si oui, lequel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
1.2 Nombre de patients porteurs de sonde vésicale le jour de l'audit	_ _	1.4 Si oui, permet-il de retrouver les éléments 2.1 à 2.5 ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

	Sonde	N°1	N°2	N°3	N°4
2.1	Date de pose tracée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.2	Prescription médicale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.3	Matériau utilisé tracé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.4	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
2.5	Evaluation de la pertinence du sondage :	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais

	Sonde	N°5	N°6	N°7	N°8
2.1	Date de pose tracée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.2	Prescription médicale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.3	Matériau utilisé tracé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.4	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
2.5	Evaluation de la pertinence du sondage :	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais

**AUDIT
DOCUMENTAIRE**

TRACABILITE DU SONDAGE VESICAL CLOS



DATE Evaluation : -- / -- / ----

	Sonde	N°9	N°10	N°11	N°12
2.1	Date de pose tracée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.2	Prescription médicale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.3	Matériau utilisé tracé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.4	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
2.5	Evaluation de la pertinence du sondage :	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais

	Sonde	N°13	N°14	N°15	N°16
2.1	Date de pose tracée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.2	Prescription médicale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.3	Matériau utilisé tracé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.4	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
2.5	Evaluation de la pertinence du sondage :	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais

	Sonde	N°17	N°18	N°19	N°20
2.1	Date de pose tracée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.2	Prescription médicale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.3	Matériau utilisé tracé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
2.4	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
2.5	Evaluation de la pertinence du sondage :	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> jamais

FICHE VALIDEE : OUI (réservé au responsable de la validation)