

Formulaire d'observation de l'hygiène des mains

Outil proposé à titre d'exemple pour effectuer les audits :

Annexe - Formulaire d'observation - Hygiène des mains

# oui avant pt / # pt observés avant	/				
# oui après pt / # pt observés après	/				

Légende titre d'emploi :

1. Inf / Inf aux
2. Médecins
3. Préposés aux bénéficiaires
4. Physiothérapeutes et ergothérapeutes

Installation : _____

Unité : _____

Date (aaaa-mm-jj) : _____

Quart de travail : Jour Soir Nuit

Observateur : _____

Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON
Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON	Titre d'emploi 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT-PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> APRÈS-PATIENT <input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

Source : Institut national de santé publique du Québec, (2014), L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes