



Vue d'ensemble de l'établissement pour la certification des hôpitaux et cliniques

HygiMed.₊

Table des matières

I.	Renseignements généraux	3
II.	Place de l'hygiène hospitalière.....	3
A.	Vue d'ensemble.....	3
B.	Organisation	4
C.	Personnel.....	5
D.	Equipement	5

I. Renseignements généraux

1. Nom de l'établissement à certifier ou à re-certifier <i>Si l'établissement est réparti sur différents sites, les énumérer</i>	
2. Année de la dernière rénovation (partielle ou complète) de l'établissement	
3. Nombre de lits dans l'établissement	
4. Nombre de soignants employés par l'établissement	
5. Nombre de jours-patients au cours de l'année précédente	

II. Place de l'hygiène hospitalière

A. Vue d'ensemble

6. Date à partir de laquelle un programme de promotion de l'hygiène des mains a débuté dans tout l'établissement	
7. Méthodes de surveillance de l'observance à l'hygiène des mains en vigueur dans l'établissement : a) méthode indirecte (consommation de solution hydro-alcoolique) Si OUI, date de début b) méthode directe (observation des pratiques d'hygiène des mains) Si OUI, date de début	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

8. Description du programme de surveillance des infections associées aux soins en vigueur dans l'établissement	
9. Date à laquelle l'établissement a été inscrit à la campagne de promotion de l'hygiène des mains SAVE LIVES: Clean Your Hands ¹ de l'OMS	<input type="checkbox"/> Pas encore inscrit

B. Organisation

10. L'établissement dispose de son propre service d'hygiène hospitalière/de prévention et contrôle de l'infection (PCI) ²	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
11. L'établissement emploie du personnel soignant ayant suivi une formation dans le domaine de l'hygiène hospitalière/PCI Si OUI, précisez quel type de formation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
12. L'établissement est lié par un contrat de conseil à un centre disposant d'un service d'hygiène hospitalière/PCI Si OUI, précisez lequel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
13. L'établissement est conseillé par un prestataire privé spécialisé en hygiène hospitalière/PCI Si OUI, précisez lequel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

¹ <http://www.who.int/gpsc/5may/register/fr/>

² Service disposant de médecins et infirmiers/ères spécialisés en hygiène hospitalière/PCI

C. Personnel

14. Titre(s) et nom(s) de la/des personne(s) en charge du programme d'hygiène des mains de l'établissement	
15. Nombre de médecins en ETP ³ formés en PCI	
16. Nombre d'infirmiers/ères en ETP ³ spécialisé(e)s en PCI	
17. Nombre d'infirmiers/ères et auxiliaires de soins en ETP ³ ayant suivi une formation dans le domaine de l'hygiène hospitalière/PCI	
18. Nombre de microbiologistes en ETP ³	

D. Equipement

19. Pourcentage des lieux de soins ⁴ équipés d'un distributeur de solution hydro-alcoolique N.B. Les distributeurs fixes situés à l'entrée de la chambre des patients ne sont pas pris en compte, car la solution hydro-alcoolique doit être accessible sans avoir à quitter le lieu de soins.	
20. Pourcentage de soignants portant des flacons de solution hydro-alcoolique	
21. Nom de la solution hydro-alcoolique utilisée pour la friction des mains (préciser la formulation)	

³ Equivalent temps plein dédié au contrôle de l'infection.

⁴ Endroit où se rencontrent trois éléments : le patient, le personnel soignant et les soins ou traitements impliquant un contact avec le patient ou son environnement.

22. Quantité totale (litres) de solution hydro-alcoolique utilisée pour la friction des mains au cours de l'année précédente	
--	--

Document rempli par :

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

Date et signature : _____