

GRILLE D'EVALUATION - LA CHIMIOTHERAPIE

Avez-vous connaissance de la procédure relative à la chimiothérapie (PRO-06-0005) : 01 - Oui 02 - Non

Avez-vous connaissance du mode opératoire relatif au refus d'un produit ou de sa non-administration pour non-conformité MOP-09-0084 : 01 - Oui 02 - Non

Nom de l'évalué(e) :

Service concerné :

Nom de l'auditeur :

Date d'évaluation :

(jj/mm/aaaa)

Période d'observation :

 01 - Jour

 02 - Nuit

Personnel observé :

Fonction :

 Aide-soignant(e) / auxiliaire de puériculture

 Autre

 Brancardier

 Chirurgien

 Etudiant

 IADE

 IDE/IBODE

 Infirmier(e) et IDE spécialisé(e)s

 Kinésithérapeute

 Manipulateur en électroradiologie

 MAR

 Médecin (hors chirurgien)

Sexe :

 01 - Femme

 02 - Homme

Observation des préalables à la chimiothérapie :

L'IDE respecte l'intimité et la dignité du patient :

 01 - Oui

 02 - Non

A réception, vérification de la concordance des informations, nom usuel, nom de naissance, prénom, date de naissance, n° IPC et n° de poche, figurant sur la poche et sur l'ordonnance :

 01 - Oui

 02 - Non

Les produits sont stockés dans un lieu dédié :

 01 - Oui

 02 - Non

Vérification ultime de la concordance entre la prescription médicale informatisée et le produit reçu :

 01 - Oui

 02 - Non

Observation dans la chambre :

Faire décliner son identité au patient, nom usuel, nom de naissance, prénom et date de naissance :

 01 - Oui

 02 - Non

01 - Oui

Vérification des informations avec le bracelet du patient (met un bracelet le cas échéant) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 02 - Non
Vérification de la concordance des informations avec celles figurant sur la poche du patient :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	
Antiseptie rapide des mains :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	
Port de gants à usage unique :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	
Port de lunettes de protection :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	
Vérification du retour veineux :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	
Traçabilité du retour veineux sur la feuille de prescription à noter en "Commentaire" lors de l'administration de chaque produit de chimiothérapie :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	
Administration de la chimiothérapie avec respect du temps de passage :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	
Traçabilité nominative informatique de chaque produit administré de chimiothérapie / des supports :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	
La procédure de refus d'un produit ou la non-administration pour non-conformité est connue :	<input type="radio"/> 01 - Oui <input type="radio"/> 02 - Non	



- Equipe Qualité / Risques - Direction des Soins - EOH -

Date de la saisie :

25/04/2017 14:38:52

(jj/mm/aaaa hh:mm)

Enregistrer

Enregistrer et faire une nouvelle saisie

Imprimer