

Audit KTVC

Données patients (formulaire P)



Nom /Initiales observateur:

Code unité:

Spécialité du service

Date et heure d'observation : ___/___/___ à ___h___
dd / mm / yyyy

Vignette

Informations patient	
Numéro unique:	_____
Âge (années/mois)	_____
Sexe	M F
Date admission	___/___/___
Date admission dans le service	___/___/___

INSERTION ET GESTION DU CATHETER:

Date de pose : ___/___/___
dd / mm / yyyy

Lieu : QOP USI Autre _____
(préciser)

Site de pose : Jugulaire Sous Clavière Fémoral

Nombre de voies : 1 2 3

Toutes les voies sont perfusées : oui non

INDICATION CATHETER	
Initiale	Au moment de l'observation
<input type="checkbox"/> Médications	<input type="checkbox"/> Médications
<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Antibiotiques
<input type="checkbox"/> Hydratation	<input type="checkbox"/> Hydratation
<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Transfusion
<input type="checkbox"/> Alimentation parentérale	<input type="checkbox"/> Alimentation parentérale
<input type="checkbox"/> Autre (à spécifier).....	<input type="checkbox"/> Autre (à spécifier).....
<input type="checkbox"/> Non connue	<input type="checkbox"/> Non connue

INSERTION ET GESTION DU CATHETER:

Alimentation parentérale : oui non

Si + d'une voie sans alimentation parentérale, motif : _____

Directives particulières (ex. KT à enlever le lendemain) : _____

Type de liquide perfusé et sur quelle voie :

Liquide	Voie	Liquide	Voie
<input type="checkbox"/> Cristalloïde	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Parentérale	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Colloïde	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Médications (ATB, anti-douleurs,...)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> _____

PANSEMENT :

Type de pansement :

transparent non tissé stérile transparent avec compresse autre _____
(préciser)

Date de mise en place : ___/___/_____ Date de changement indiquée : oui non

Durée respectée : oui non

Visualisation du point de ponction : (Le point de ponction est visible. Cocher NA si pansement transparent + compresse)

oui non NA

Herméticité : (Fermeture parfaite des 4 côtés tubulure comprise / NA: impossibilité de voir)

oui non NA

Propreté : (Absence de souillure / NA: impossibilité de voir le point de ponction)

oui non NA

Fixation : (Absence de va et vient du cathéter au point de ponction : immobilité du cathéter)

oui non NA

Site d'insertion

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rougeur | <input type="checkbox"/> Induration |
| <input type="checkbox"/> Chaleur | <input type="checkbox"/> Obstruction |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Reflux |
| <input type="checkbox"/> Sans particularité | <input type="checkbox"/> Autre |

Âge du KT (jours):

Âge des tubulures (jours):

GESTION DES LIGNES DE PERFUSION:

- Sites d'injection propre : oui non
- Sites d'injection obturés : oui non NA (si cathé sans site d'injection)
- Robinet ou rampe justifié: oui non
- Nombre de robinets / rampes: _____
- Absence de reflux dans la tubulure: oui non
- Absence de contact avec sol, matières souillées: oui non
- Absence de régulateur débit: oui non NA
- Ligne de perfusion en place depuis moins de 96h: oui non

Hygiène des mains (optionnel):

- HDM avant contact site d'injection: oui non NA
- HDM avant contact réfection pansement: oui non NA
- HDM avant changement tubulure: oui non NA
- HDM après contact site d'injection: oui non NA
- HDM après contact réfection pansement: oui non NA
- HDM après changement tubulure: oui non NA

Procédure de désinfection du site:

Quel désinfectant :

Aqueux	Alcoolique
<input type="checkbox"/> PVPI aqueux 7.5 % (Braunol)	<input type="checkbox"/> PVPI alcoolique 1% (Braunoderm)
<input type="checkbox"/> PVPI aqueux 10 % (Isobétadine dermique)	<input type="checkbox"/> PVPI alcoolique 1,5 % (Isobétadine solution hydroalcoolique)
<input type="checkbox"/> Chlorexidine aqueux 0,05 %	<input type="checkbox"/> Chlorhexidine alcool 0,5 %
	<input type="checkbox"/> Chlorhexidine alcool 2 %
	<input type="checkbox"/> Alcool
	<input type="checkbox"/> Autre.....

A quel moment ceci a-t-il été observé:

- désinfection site d'insertion désinfection site de réfection de pansement désinfection site de connection

- Désinfection avant injection: oui non NA
- Désinfection avant contact raccord: oui non NA
- Désinfection après injection: oui non NA
- Désinfection après contact raccord: oui non NA
- Un autre désinfectant est-il utilisé