



Date:

GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION COMPLÉMENTAIRE

Questions	OUI	NON	OBSERVATIONS
Réalisez-vous systématiquement une friction avec un produit hydro-alcoolique avant et après chaque soin/examen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les gants à usage unique portés par l'équipe soignante sont-ils changés systématiquement entre chaque patient et lors de chaque interruption de soins (tél, accueil...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'équipe soignante porte-t-elle systématiquement un masque chirurgical pendant chaque soin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES

Questions	OUI	NON	OBSERVATIONS
Avez-vous des lunettes (ou des visières) de protection à disposition de toute l'équipe soignante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les imposez-vous à votre personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La fiche outil « Conduite à tenir en cas d'AES » est-elle affichée dans le cabinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-elle connue du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le numéro de téléphone du service à contacter en cas d'AES figure-t-il sur la fiche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES

Questions	OUI	NON	OBSERVATIONS
La zone d'examen et de soins comporte-t-elle un lavabo, de préférence à commande non manuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La zone d'examen et de soins comporte-t-elle un distributeur de solution hydro-alcoolique et de savon liquide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La zone d'examen et de soins comporte-t-elle un distributeur d'essuie-mains à usage unique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La salle de soins comporte-t-elle un collecteur OPCT (boite plastique) pour les déchets piquants, coupants, tranchants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La zone de tri comporte-t-elle un collecteur permettant de transporter sans risque les autres déchets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES

Questions	OUI	NON	OBSERVATIONS
Réalisez-vous une purge des équipements en début de séance avant la 1 ^{ère} utilisation de l'unit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Effectuez-vous une purge des équipements après chaque patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un nettoyage des surfaces à proximité de l'unit avec un produit détergent/désinfectant est-il réalisé entre deux patients ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existe-t-il un local spécifique pour le traitement des dispositifs médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratiquez-vous la désinfection de l'opercule de chaque cartouche d'anesthésie avant utilisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES

Questions	OUI	NON	OBSERVATIONS
Jetez-vous systématiquement, après chaque patient, tous les dispositifs médicaux à usage unique (notamment lame de bistouri, pompe à salive, pinceau d'application...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les dispositifs médicaux autoclavables sont-ils tous autoclavés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immergez-vous tous les dispositifs utilisés en bouche dès la fin de leur utilisation dans un bac d'une taille suffisante contenant une solution détergente/désinfectante exempte d'aldéhydes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le mode d'emploi du détergent/désinfectant est-il disponible et connu du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La dilution, le temps de trempage préconisés par le fabricant sont-ils respectés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES

Questions	OUI	NON	OBSERVATIONS
La fréquence de renouvellement du bain d'immersion respecte-t-elle les recommandations du fabricant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre stérilisateur à vapeur d'eau est-il conforme à la norme NF EN 13060 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le cycle de stérilisation utilisé est-il exclusivement un cycle de type B avec une température de 134 °C maintenue pendant 18 minutes (dénommé cycle PRION) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La cuve du bac à ultrasons est-elle d'une taille suffisante pour permettre une immersion complète des DM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La cuve du bac à ultrasons dispose-t-elle d'un couvercle d'obturation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES

Questions	OUI	NON	OBSERVATIONS
L'efficacité de l'action des ultra-sons est-elle régulièrement vérifiée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'action des ultrasons est-elle utilisée en complément du nettoyage et non en substitution de celui-ci ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sources:

http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/adf/2012_odontologie_ADF.pdf

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/IP20_guideDGSprevention_infections_liees_aux_soins.pdf

https://www.fnccs.org/sites/default/files/pdf/GRILLE_DEVALUAT_DES_CAB_DENTAIRES_oct_2011.pdf