

Enquête relative aux pratiques d'hygiène appliquées aux sondes à échographie endovaginale *Grille de recueil*

1

Type et volume d'activité

1. Quel est votre **mode d'exercice** ? libéral établissement de santé
 Si vous exercez en **libéral**, travaillez-vous : seul en cabinet de groupe
 Si vous exercez en **établissement de santé** :
- statut de l'établissement : ES public ES privé ESPIC
 - type d'établissement : CHU CH MCO HIA CLCC
2. **Région** d'exercice : _____ (menu déroulant)
3. Quelle est votre **profession** ?
- gynéco-obstétricien radiologue sage-femme généraliste échographiste
4. Par **jour**, combien d'**actes d'échographie endovaginale** réalisez-vous en moyenne ?
 0 < 5 entre 5 et 10 entre 11 et 20 > 20

Ressources pour la pratique des échographies endovaginale

5. De combien de **sondes à échographie endovaginale** disposez-vous ? / _ _ /
6. Avant une échographie endovaginale, recouvrez-vous la sonde d'une **protection** à usage unique ? oui non
 Si oui, avec quel type de protection ? a) préservatif à usage sexuel b) doigtier c) doigt de gant
 d) gaine de protection non stérile e) gaine de protection stérile
7. Si vous avez répondu **d)** et/ou **e)** à la question 6, les **gainés de protection** à usage unique que vous utilisez :
- disposent-elles d'un **marquage CE** dispositif médical ? oui non
 - sont-elles : universelles spécifiques au(x) modèle(s) de sonde
8. Quel **conditionnement** utilisez-vous pour le **gel d'échographie** ?
 unidose stérile flacon 250ml flacon > 250ml
 Si flacon, est-il jeté à la fin de la journée ? oui non
9. Disposez-vous de **gants à usage unique** non stériles pour la réalisation de cet examen ? oui non
10. Disposez-vous d'un **espace** ou **local dédié** au traitement des dispositifs médicaux réutilisables ?
 oui non
11. De quel(s) **procédé(s) de désinfection de la sonde** (= dispositif médical) disposez-vous ?
- Produit **détergent-désinfectant** pour **essuyage humide** du dispositif médical (DM) ou lingettes pré-imprégnées
 oui non
 Si oui, nom du produit ou des lingettes prêtes à l'emploi : _____
 nom du laboratoire : _____
 - Produit **désinfectant** par **trempage** pour **désinfection** du dispositif médical
 oui non
 Si oui, nom du produit : _____
 nom du laboratoire : _____

- **Procédé automatisé de désinfection de niveau intermédiaire** (physique ou chimique) oui non
Si oui, lequel : _____

12. Enregistrez-vous et conservez-vous les éléments permettant la **traçabilité** « patient-sonde-procédé de désinfection » ? oui non

Pratiques après un examen avec protection de sonde

2

13. Examinez-vous la protection à la **recherche d'une perte d'intégrité** ? toujours souvent parfois jamais

14. Après retrait de la protection, **examinez-vous** la sonde à la recherche de **souillures visibles** ?
toujours souvent parfois jamais

15. Déposez-vous la sonde sur une surface propre et sèche ? toujours souvent parfois jamais

16. Changez-vous de **gants** avant d'entretenir la sonde ? toujours souvent parfois jamais
Dans ce cas, réalisez-vous une **hygiène des mains** avant d'enfiler la nouvelle paire ? oui non

17. En **l'absence de souillures**, réalisez-vous un essuyage humide de la sonde à l'aide d'un **support** (compresse, papier, lingette...) **imprégné** de produit **détergent-désinfectant** pour DM ?
toujours souvent parfois jamais

18. Disposez-vous d'une **conduite à tenir écrite** en cas de rupture de protection ? oui non

19. En **présence de souillures** ou d'une **perforation de la protection**, complétez-vous l'essuyage humide de la sonde par une procédure de **désinfection par trempage OU automatisée** du dispositif ?
toujours souvent parfois jamais

En fin de programme

20. **Nettoyez-vous** la sonde dans un bain de produit **détergent** pour dispositif médical ?
toujours souvent parfois jamais

Sondage, à dissocier du questionnaire

Accepteriez-vous de rencontrer un professionnel de la prévention des infections associées aux soins pour recueillir votre témoignage quant aux difficultés rencontrées ? oui non

Si oui, nous vous remercions de bien vouloir indiquer vos coordonnées afin d'être contacté par un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène de votre établissement ou un membre du réseau Cclin-Arlin de votre région :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Messagerie : _____ @ _____

L'Arlin (antenne régionale de lutte contre les infections associées aux soins) de votre région est à votre disposition pour vous accompagner dans vos pratiques. N'hésitez pas à la solliciter : <http://www.cclin-arlin.fr/>