

Audit Visuel

Désinfection du matériel entre les patients

Inscrire "1" pour Fait ou "0" pour Non-fait
(Si non applicable, laisser l'espace vide)

INSTALLATION : _____

Date AA/MM/JJ	Unité	Quart	Titre Emploi *	App. pression	Bladder scan	Chaise roulante	Civière	ECG	Fauteuil	Glucomètre	Lève-personne	Marchette	Chaise d'aisance	Saturomètre	Stéthoscope	Thermomètre	Autre

Autres appareils = Matériel imagerie méd./ Mini-perfuseur / Moniteur cardiaque portatif / Tige à soluté/ etc...

Nom complet de l'auditeur (lettres moulées) :

* **Titre d'emploi à auditer :**

Aide de service (ADS) / Bénévole (BEN) / Enseignant (ENS) / Étudiant (ÉTU) / Hygiène & Salubrité (H&S) / Inf.-auxiliaire (AUX) /
Infirmière (INF) / Inhalo / Médecin (MD) / Ortho / Physio-Ergo / Préposé aux bénéficiaires (PAB) / Travailleur social (TS), etc.

Faire suivre via ce courriel seulement : spci.audits.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca