Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Québec

Audit hygiène des mains

INSTALLATION : _____				1 = FAIT 0 = NON FAIT VIDE = PAS VU ou N/A	
DATE AA/MM/JJ	**UNITÉ**	**QUART DE TRAVAIL** Jour/Soir/Nuit	**TITRE D'EMPLOI ***	**MOMENT 1** Avant patient / environnement	**MOMENT 4** Après patient / environnement
Nom complet de l'auditeur (lettres moulées) :					

* Titre d'emploi à auditer :

Aide de service (ADS) / Bénévole (BEN) / Brancardier (BRAN) / Enseignant (ENS) / Étudiant (ÉTU) / Hygiène et salubrité (H&S) / Infirmière-auxiliaire (AUX) / Infirmière (INF) / Inhalothérapeute (INHALO) / Médecin (MD) /Nutritionniste (NUTRI) / Orthophoniste (ORTHO) / Préposé bénéficiaire (PAB) / Physio-Ergo / S. Spirituel (S.PRIRIT) / Tech. Labo / Tech radio / Travailleur social (TS), etc.

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