

## Questionnaire à l'attention des directions

1. Votre Stérilisation est-elle interne : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si externalisation, coût TTC à la charge : .....
2. Concernant vos équipements : Nombre de paniers en autoclave en simultané : ..... Nombre de paniers en laveur en simultané : .....
3. Concernant vos effectifs : Effectifs ETP global ..... Effectifs avec compétence conduction d'autoclave ..... ETP ASQ éventuel ..... ETP Pharmacie affecté .....
4. Quel logiciel de traçabilité des containers utilisez-vous ? .....
5. Votre stérilisation assure-t-elle la sous-traitance pour d'autres sites ou organisations ?  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Sur le plan architectural, votre stérilisation est-elle reliée au bloc : <input type="checkbox"/> Verticalement <input type="checkbox"/> Horizontalement <input type="checkbox"/> Autre bâtiment
7. Quel logiciel d'archivage des Bowie Dick utilisez-vous ? ..... .....
8. Bénéficiez-vous d'un système de reconnaissance des instruments par gravage laser (traçabilité à l'outil) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9. Nombre de jours ouverts dans la semaine : ..... Période d'ouverture : ..... h..... à ..... h.....
10. Surface totale de la stérilisation : ..... <input type="checkbox"/> Mono-site <input type="checkbox"/> Multi-site
11a. Le matériel des boîtes chirurgicales appartient-il majoritairement aux chirurgiens ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11b. Avez-vous le matériel des boîtes chirurgicales en nombre suffisant pour fonctionner normalement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

12. Taux d'usage unique dans l'établissement/au nombre d'intervention global : .....%

13. Pensez-vous être aux normes « des bonnes pratiques » dans votre stérilisation (Pharmacien ayant son DU de stérilisation, locaux, traitement d'air, marche en avant, formation des personnels, maintenance, ...) ?

Oui  Non

14. Quelle est la date du dernier contrôle de votre service de stérilisation : --/--/----

15. Votre service de stérilisation est-il certifié ISO ou autre ?

Oui  Non

Si oui, précisez : .....

16. Le coût de votre stérilisation vous paraît-il :

- élevé
- normal et acceptable
- sous-estimé

17. Êtes-vous globalement satisfaits de votre stérilisation ?

Oui  Non

Avez- vous des remarques à formuler ?

.....

.....

18. Quels autres sujets souhaiteriez-vous voir aborder dans le cadre de ce groupe expert ?

.....

.....

Merci de retourner ce questionnaire  
**Avant le 31/10/2015**