Audit Milieu de Vie

Appréciation de la qualité d'application des produits d'incontinence

Site:

Quart: **Heure:** **Date:**

 # de chambre

Identifiez le produit installé sur le résident présentement	

	Points à évaluer	**Conforme**	**Non conforme**	**Suivi et Intervention**
1	**La grandeur portée par le résident est conforme à l'outil de travail choisit par l'établissement**			
2	**La grandeur portée par le résident est-elle conforme aux règles d'évaluation (standard TENA) Si non conforme: prendre les mesures Taille, Hanches**		**T:** **H:**	
3	**Les panneaux avant et arrière sont-ils à égalité**		↑ **au dos** ↓ **au dos**	
4	**La distance des attaches, sont-elles égales des 2 cotés par apport à l'ombilic**			**Angles** **Parallèles**
5	**Les fronces sont-elles bien insérées aux creux des aines et les cuisses bien dégagées**			
6	**Y-a-t 'il accumulation de produits d'incontinence**	**oui**	**non**	
	Chambre			
	Salle de bain			

Remarques:

Nom de l'Auditeur: