

## Audit : Hygiène des mains

### ( Grille d'observations pour les milieux de soins et services )

Installation : _____	Trimestre (Période) : ___ T1 (3) ___ T2 (6) ___ T3 (9) ___ T4 (13)	<b>Titre d'emploi</b>
Année financière : _____	Observateur : _____	1 - Inf. / Inf. aux. 2 - Médecin 3 - PAB 4 - Ergo / Physio
Date début audit:     /     /		
Date fin audit:        /     /		

Jour	Titre emploi	Oui		Non	Unité
		<= 19 sec.	>= 20 sec.		

#### Moment 1

1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

#### Moment 4

1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Commentaires, observations:

Signature : \_\_\_\_\_

Date :           /           /