

**AUDIT  
DOCUMENTAIRE**

**FICHE TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN**

**Cathéters 1 à 10**



**DATE Evaluation (J) :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Service (intitulé) : ..... Code service : | \_\_\_\_\_ |

1.1	Nombre de patients présents dans le service	_ _	1.3	Existence d'un support de traçabilité pour la surveillance clinique quotidienne du cathéter veineux périphérique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
1.2	Nombre de patients porteurs de cathéter(s) veineux périphériques	_ _		

	Cathéter	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
2.1	Porteur du cathéter :	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant
2.2	Date de pose tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.3	Date de pose (J0) (JJMMAA) :	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
2.4	Cathéter posé dans : le service un autre service un autre établissement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.5	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

	Cathéter	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10
2.1	Porteur du cathéter :	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant
2.2	Date de pose tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.3	Date de pose (J0) (JJMMAA) :	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
2.4	Cathéter posé dans : le service un autre service un autre établissement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.5	Surveillance clinique quotidienne tracée :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si plus de 10 cathéters dans le service → remplir une fiche complémentaire

FICHE VALIDÉE :  OUI (réservé au responsable de la validation)



FICHE TRACABILITE ET DUREE DE MAINTIEN : AIDE AU REMPLISSAGE DE LA FICHE



**CRITERES D'INCLUSION/D'EXCLUSION**

**Matériel concerné :** cathéters veineux périphériques

Tous les cathéters d'un service présents le jour de l'enquête doivent être évalués.

**Matériel non concerné :** cathéters sous-cutanés, dispositifs épicroâniens, microperfuseurs, tout dispositif utilisé pour la perfusion sous-cutanée

**Patient :** adulte ou enfant

Si un patient est porteur de plusieurs cathéters, il faut recueillir les données pour chaque cathéter (une colonne par cathéter)

**1.1.** Nombre de patients présents le jour de l'enquête

**1.2.** Nombre de patients porteurs d'un ou plusieurs cathéters

**1.3.** Support de traçabilité pour la surveillance\* : il s'agit de tout document du dossier patient contenant un endroit prévu pour enregistrer cette surveillance (diagramme de soins, dossier de soin, feuilles de surveillance...). Sous cette appellation ne rentrent pas les feuilles de transmission. Le support peut être informatisé ou non. L'auditeur doit se renseigner auprès du cadre de l'organisation mise en place pour la surveillance des cathéters veineux périphériques dans le service.

**2.1.** Enfant : jusqu'à 15 ans

**2.2.** Date de pose tracée : cette vérification doit être faite au niveau du dossier patient au sens large du terme (fiches anesthésie....).

**2.3.** Date de pose : si cette information n'est pas tracée dans le dossier patient, elle pourra être récupérée par d'autres moyens à condition d'être fiable.

**2.4.** Lieu de pose :

- Service : pour les cathéters posés dans le secteur de soin où l'évaluation est menée
- Autre service : pour les cathéters posés dans une autre secteur de soins du même établissement
- Autre établissement : pour les cathéters posés dans un autre établissement que l'établissement où est mené l'audit

Si le lieu de pose est une HAD ou un SMUR, il faudra remplir :

- « autre service » si ces services sont rattachés à l'établissement,
- « autre établissement » si ces services sont indépendants de l'établissement.

**2.5.** Surveillance quotidienne tracée : il s'agit de retrouver au moins une indication écrite de la surveillance chacun des jours depuis la date de pose (ou depuis la date d'arrivée du patient dans le service si le cathéter a été posé ailleurs).