

NOM ETABLISSEMENT : CH BAZAS

NUMERO DE LOT : 8

1. Adresse de l'établissement (Préciser si différents sites) :

CH BAZAS, 4 chemin de Marmande 33430 BAZAS

Le CH de BAZAS comporte trois sites.

CH BAZAS, 4 chemin de Marmande 33430 BAZAS

EHPAD CAILLAVET, Rue du 8 mai 1945 33430 BAZAS

EHPAD BELIN, 9 Rue DUPUY JEAN LE BOURG 33730 VILLANDRAUT

2. Coordonnées

- Renseignements techniques

Guy CHAIGNE responsable technique

guy.chaigne@ch-bazas.fr

Tel : 05.56.65.05.03

- Renseignements financiers

Sébastien TISSIE

sebastien.tissie@ch-bazas.fr

Tel : 05.56.65.04.11

3. Modalités organisationnelles : demande de prélèvement

Le CH de BAZAS fournira en début de marché lors d'une réunion préparatoire, la liste de l'ensemble des points à prélever, situation et coordonnées de l'ensemble des unités (certaines étant ouvertes ponctuellement).

Un planning prévisionnel des dates de prélèvements annuel programmé sera établi par l'EOH et transmis au prestataire en fonction des besoins. La liste des points à prélever à la date sera transmise un mois à l'avance. Des modifications de cette liste peuvent avoir lieu si des recontrôles doivent être réalisés sur certains points.

Le candidat doit pouvoir absorber suivant les besoins des séries d'environ 10 à 15 prélèvements consécutifs.

Le calendrier précisera les lieux et les points de prélèvements et privilégiera des séries homogènes sur un même site géographique afin d'optimiser les déplacements.

Dans le cadre des prélèvements dont la fréquence est réglementaire et pour des raisons d'accès aux locaux techniques, ce calendrier devra tenir compte des disponibilités des agents techniques de l'établissement.

Par ailleurs, le candidat devra être en mesure d'effectuer des analyses autant que de besoin sur l'ensemble des mois de l'année.

4. Les demandes de prélèvements ponctuels et délais d'urgence

Des demandes de prélèvements ponctuels pourront être faites en cas de non-conformité ou en cas de suspicion de point contaminé.

Les prélèvements devront pouvoir être faits dans les 24h qui suivent la demande du CH de BAZAS. Cette demande pourra être faite soit par mail, soit par téléphone mais sera confirmée par un mail de l'EOH vers le prestataire.

5. Accompagnement du prestataire lors des prélèvements

Lors de la première visite : un accompagnement avec indication des points sera réalisé par l'EOH ou le service technique de l'établissement.

A chaque changement de point de prélèvement (ajout ou modification).

Pour tous les prélèvements réalisés en sous stations, le préleveur sera accompagné d'un personnel des services techniques.

6. Les résultats

Les résultats intermédiaires

Les résultats non conformes et/ou dépassant les seuils de tolérance définis dans la réglementation seront transmis par mail avant l'édition des résultats définitifs.

- matthieu.crasso@ch-bazas.fr
- sebastien.tissie@ch-bazas.fr
- guy.chaigne@ch-bazas.fr

Les résultats définitifs

Les résultats définitifs sont transmis par mail aux destinataires définis par l'établissement.

- matthieu.crasso@ch-bazas.fr
- sebastien.tissie@ch-bazas.fr
- guy.chaigne@ch-bazas.fr

Pour chaque résultat (provisoire ou définitif), les taux de *Legionella* spp et *pneumophila* seront spécifiés.

Les résultats définitifs des Légionelles doivent être transmis dans les meilleurs délais (maximum 12 jours) qui suivent la réalisation du prélèvement.

Résultats provisoires (alertes) sont à communiquer dès que possible :

- Taux de Légionelles supérieur au seuil de détection ou présence d'une flore interférente

Les résultats définitifs sont à transmettre par mail, les résultats supérieurs aux seuils d'alerte sont à transmettre par mail dès connaissance de cette non-conformité

7. Type de prestations retenues et quantité

Quantitatif			
Les prestations	Nombre de points de prélèvements	Quantités annuelles	Prélèvements effectués par
Prestation 1 – Eau de soins standard	8	32	Prestataire
Prestation 2 – Légionelles	34	68	Prestataire
Prestation 3 – EBM			
Prestation 4- Fontaines & Potabilité	5	5	Prestataire
Prestation 5 – Piscine, balnéothérapie			
Prestation 6 – Endoscope			
Prestation 7 – Air	2	4	Prestataire
Surfaces	15	60	Prestataire

*Quantité estimative annuelle (hors prélèvements de contrôle)

8. Calendrier prévisionnel des prestations

PRESTATION 1 EAU DE SOINS STANDARD

HOPITAL							
type	intitulé	n°	fréquence	Mars	Juin	Septembre	Décembre
Salle de soins	Médecine	1	trimestriel	x	x	x	x
	SSR 1	2	trimestriel	x	x	x	x
	SSR 2	3	trimestriel	x	x	x	x
EHPAD CAILLAVET			fréquence	Mars	Juin	Septembre	Décembre
Salle de soins	Infirmierie	4	trimestriel	x	x	x	x
	Office soins Pinèdes	5	trimestriel	x	x	x	x
	Office soins Fougères	6	trimestriel	x	x	x	x
	Office soins Prade/Rempart	7	trimestriel	x	x	x	x
EHPAD BELIN			fréquence	Mars	Juin	Septembre	Décembre
Salle de soins	Infirmierie	8	trimestriel	x	x	x	x

PRESTATION 2 LEGIONELLES

HOPITAL				
LIEU	Localisation	fréquence	Mars	septembre
Médecine	CH 114	semestriel	x	x
	CH 102	Semestriel	x	x
	Vestiaire	semestriel	x	x
SSR2	CH 130	semestriel	x	x
SSR1	CH107	semestriel	x	x
	Douche commune	Semestriel	x	x
	Vestiaire	semestriel	x	x
SOUS-STATION	Départ boucle PMP/SSR2	semestriel	x	x
	Départ boucle PMP/MED	semestriel	x	x
CHAUFFERIE PRINCIPALE	Départ boucle SSR1	Semestriel	x	x
	Fond de ballon SSR1	semestriel	x	x
	Fond de ballon SSR2/PMP	semestriel	x	x
	Fond de ballon MED/PMP	semestriel	x	x
POLE LOGISTIQUE	Départ boucle	Semestriel	x	x
	Fond de ballon	semestriel	x	x
EHPAD CAILLAVET			semestriel	
LOCAL SOLAIRE	Départ boucle	semestriel	x	x
	Retour boucle	semestriel	x	x
	Fond de ballon	semestriel	x	x
SALON DE COIFFURE		Semestriel	x	x
	CH110	semestriel	x	x
	CH209	semestriel	x	x
	CH310	semestriel	x	x
	CH410	Semestriel	x	x
	CH510	semestriel	x	x
	CH607	semestriel	x	x
DOUCHE PERSONNEL LINGERIE		semestriel	x	x
DOUCHE PERSONNEL		semestriel	x	x
EHPAD BELIN				
CHAUFFERIE 1	Fond de ballon	semestriel	x	x
	Retour de boucle	semestriel	x	x

CHAUFFERIE 2	Fond de ballon	semestriel	x	x
	Retour de boucle	semestriel	x	x
	CH 5	semestriel	x	x
	CH 10	Semestriel	x	x
	CH 15	semestriel	x	x

PRESTATIONS 4 FONTAINES ET POTABILITE

HOPITAL			
LIEU	Localisation	fréquence	Mars
SOUS STATION		annuel	x
CHAUFFERIE POLE LOGISTIQUE		annuel	x
EHPAD CAILLAVET			
CHAUFFERIE		annuel	x
EHPAD BELIN			
CHAUFFERIE 1		Annuel	x
CHAUFFERIE 2		Annuel	x

PRESTATION 7 AIR ET SURFACES

SURFACES

HOPITAL							
type	intitulé	n°	fréquence	Mars	Juin	Septembre	Décembre
Salle de soins	Médecine	1	trimestriel	x	x	x	x
	SSR 1	2	trimestriel	x	x	x	x
	SSR 2	3	trimestriel	x	x	x	x
OFFICE RELAIS SSR1			Trimestriel	x	x	x	x
OFFICE RELAIS SSR2			Trimestriel	x	x	x	x
OFFICE RELAIS MEDECINE			trimestriel	x	x	x	x
EHPAD CAILLAVET			fréquence	Mars	Juin	Septembre	Décembre
Salle de soins	Infirmerie	4	trimestriel	x	x	x	x
	Office soins Pinèdes	5	trimestriel	x	x	x	x
	Office soins Fougères	6	trimestriel	x	x	x	x
	Office soins Prade/Rempart	7	trimestriel	x	x	x	x
LINGERIE			trimestriel	x	x	x	x
OFFICE HOTELLERIE			trimestriel	x	x	x	x
ATELIER CULINAIRE			trimestriel	x	x	x	x

EHPAD BELIN			fréquence	Mars	Juin	Septembre	Décembre
Salle de soins	Infirmierie		trimestriel	x	x	x	x
Office relais			trimestriel	x	x	x	x

AIR

EHPAD CAILLAVET			fréquence	Mars	Septembre
SALLE A MANGER			semestriel	x	x
PINEDE			semestriel	x	x