Hôpitaux de Toulouse

GRILLE DE CONTRÔLE QUALITE DU SECTEUR HOSPITALISATION CHAMBRES

DATE	**PRESTATAIRE**
HEURE	**RESPONSABLE DU CONTRÔLE**
NIVEAU	**CADRE DE SERVICE**
SITE/ BATIMENT	**SERVICE**

Code GHL																		
Nature du local																		
ELEMENTS CONTROLES	1	0	NE	1	0	NE	1	0	NE	1	0	NE	1	0	NE	1	0	NE
Poignée/ entourage																		
Encadrements portes																		
Faces portes																		
Interrupteurs																		
Bloc alarme mural																		
Prises																		
SHA / Supports																		
Télévisions																		
Murs																		
Plinthes																		
Vitres intérieures																		
Rebords /Encadrements fenêtres																		
Radiateurs																		
Bouches d'aération																		
Lits ou strikers																		
Chevets																		
Sonnettes																		
Adpatables																		
Fauteuils dessus/ dessous/ roues																		
Tables																		
Chaises ou tabourets																		
Armoire interieure/ extérieure																		
Perroquets																		
Bandeau lumineux																		
Tablette inox																		
Pied perfusion																		
Téléphone																		
Lavabos																		
Miroir																		
Luminaires																		
Papier main/ réassort																		
Savon / réassort																		
Papier toilette / réassort																		
Robinetterie lavabo																		
Robinetterie douche																		
Supports poubelle/ sac																		
Tuyauteries/ canalisation																		
Douche																		
Bonde évacuation																		
Barre d'appui																		
Porte serviette																		
Wc: cuvettes intérieures																		
Wc: cuvettes extérieures																		
Bouton chasse d'eau																		
Balayette																		
Traçabilité																		
Balcon																		
Sol																		
NOTES																		

Zone/Seuil d'acceptabilité	**ZONE 3 / 85%**
Calcul de la note par local	**(Somme des notes attribuées pour chaque local X 100) / (Nombre d'organes contrôlés)**

OBJECTIFS /RESULTATS CONTRÔLE/ (CF: GUIDE DES BONNES PRATIQUES)	**NOTATION**
Evaluation macroscopique Absence de déchets et détritus divers Absence de poussière sur les surfaces horizontales, verticales et sur les meublants Absence de salissure et trace adhérente sur les surfaces horizontales, verticales et les meublants Netteté des différents supports (Thermoplastique, meublants, vitres et miroirs) Absence d'entartrage des sanitaires et des pièces d'eau	1= Conforme 0= Non conforme NE= Non évaluable

SIGNATURE CHU	**SIGNATURE PRESTATAIRE**	**OBSERVATIONS**