****

**Nom :**

**Prénom :**

**N° Ordre:**

**Adresse cabinet:**

**CP:** **Ville:**

**Adresse courriel :**

**Tel :**

**Date D.E.:**

|  |
| --- |
| **Référence aux RECOMMANDATIONS OPPOSABLES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **oui** | **non** |
| Attestation 77 : | Reçue conformité attestée |  |  |
| Reçue non-conformité déclarée |  |  |
| Non reçue |  |  |
| Bail ou titre de propriété | Reçu / non reçu |  |  |
| Assurance RCP | Reçue / non reçue |  |  |
| Contrat Élimination DASRI |  |  |  |
| Assurance locaux professionnels  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description**  | **OUI**  | **NON**  | **Observations**  |
|  |
| **Locaux** |
| Présence parking proche ou privé |  |  |  |
| Plaque professionnelle conforme |  |  |  |
| Signalisation intermédiaire |  |  |  |
| **Entrée – Réception – Accueil** |  |  |  |
| La confidentialité est-elle assurée ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Salle d'Attente** |  |  |  |
| La confidentialité est-elle assurée ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Salle des soins et examens** |  |  |  |
| La confidentialité (isolation phonique et visuelle)est-elle assurée ? |  |  |  |
| **Sol**  |  |  |  |
| Carrelage |  |  |  |
| Parquet  |  |  |  |
| Sol synthétique |  |  |  |
| Moquette |  |  |  |
| Autre |  |  |  |
| **Murs**  |  |  |  |
| Peinture |  |  |  |
| Textiles |  |  |  |
| Carrelage  |  |  |  |
| Papier peint vinyle |  |  |  |
| Autre |  |  |  |
| **Point d’eau « hygiène des mains »** |  |  |  |
|  Dans la salle ou espace de soin instrumental |  |  |  |
| Distribution d'eau manuelle  |  |  |  |
| Distribution d'eau automatique |  |  |  |
| Distributeur savon |  |  |  |
| Solution hydro alcoolique  |  |  |  |
| Essuie-mains jetables |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Pièce de fabrication des orthèses et autres appareillages podologiques** |  |  |  |
| **Pièce distincte**  |  |  |  |
| **Aération** |  |  |  |
| Fenêtre |  |  |  |
| Ventilation mécanique de type VMC |  |  |  |
| Aspiration zone d'encollage |  |  |  |
| **Touret avec captation et récupération des poussières** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Équipement salle de soins et d'examens** |
| **Unit fixe** |  |  |  |
| Micromoteur pneumatique ou électrique  |  |  |  |
| Porte instrument rotatif autoclavable |  |  |  |
| * Piece à main droite
 |  |  |  |
| * Contre-angle
 |  |  |  |
| * Turbine
 |  |  |  |
| Seringue air/eau |  |  |  |
| Aspiration |  |  |  |
| **Fauteuil patient avec jambières articulées** |  |  |  |
| Électrique |  |  |  |
| Mécanique |  |  |  |
| À pompe hydraulique |  |  |  |
| Position "Trendelenburg" |  |  |  |
| **Siège praticien** |  |  |  |
| **Meubles rangement**  |  |  |  |
| Surfaces lisses  |  |  |  |
| **Petit outillage ( pinces, gouges, lames bistouris…)**  |  |  |  |
| **Meuble pour les produits pharmaceutiques** |  |  |  |
| Vérification dates péremption |  |  |  |
| **Stockage et conditionnement du petit matériel** |  |  |  |
| Sachets |  |  |  |
| Plateaux |  |  |  |
| Cassettes |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Table d'examen ou fauteuil patient permettant la position allongée (Trendelenburg)** |  |  |  |
| **Appareil de visualisation des empreintes** |  |  |  |
| **Système de prise d'empreintes** |  |  |  |
| **Zone d'analyse de la marche (4m minimum) ou tapis de marche ou de course sécurisé** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Pré désinfection - stérilisation** |  |  |  |
| Pré désinfection des surfaces de travail entre chaque patient |  |  |  |
| **Bio nettoyage du sol**  |  |  |  |
| **Pré désinfection DM[[1]](#footnote-1)**  |  |  |  |
| Bac(s) |  |  |  |
| Produits nettoyage et désinfection |  |  |  |
| **Nettoyage DM**  |  |  |  |
| Manuel  |  |  |  |
| Ultrasons |  |  |  |
| Automatisé |  |  |  |
| **Stérilisateur DM** |  |  |  |
| Autoclave vapeur d’eau |  |  |  |
| Externalisation |  |  |  |
| Autre (préciser)  |  |  |  |
| **Instruments rotatifs** |  |  |  |
| Pré désinfection |  |  |  |
| Nettoyage |  |  |  |
| **Stérilisation instruments rotatifs** |  |  |  |
| Automate  |  |  |  |
| Autoclave |  |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |  |
| **Plateaux** **à usage unique** |  |  |  |
| **Registre Traçabilité Stérilisation** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Praticien** |
| **Tenue professionnelle**  |  |  |  |
| Tunique / Blouse  |  |  |  |
| Surblouse ou tablier (soins mouillants) |  |  |  |
| Pantalon |  |  |  |
| Gants  |  |  |  |
| Masque  |  |  |  |
| Chaussures réservées au cabinet  |  |  |  |
| Calot ou charlotte |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Dossiers médicaux** |
| Dossiers papier |  |  |  |
| Dossiers informatisés |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Affichage** |
| **Dossiers médicaux information RGPD** |  |  |  |
| **Information des honoraires pratiqués** |  |  |  |
| Affichage en salle des soins/consultation ou salle d’attente |  |  |  |
| **Existence SITE INTERNET** |  |  |  |
| Si OUI: rubrique "Information sur les honoraires"? |  |  |  |

**Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés sur ce document.**

**Le :**

**Les conseillers ordinaux le Titulaire du cabinet**

***Nom prénom et signature***

***Noms prénoms et signatures***

1. [↑](#footnote-ref-1)