

QUESTIONNAIRE VISITE CONFRATERNELLE DU CABINET



Nom :
 Prénom :
 N° Ordre :
 N° RPPS :
 Adresse cabinet :

E-Mail :

Tél :

Année D.E. :

Année début d'exercice :
 Cabinet : Principal Secondaire

Date d'ouverture :

Exercice coordonné : MSP Adhérent CPTS

Démarche qualité : OUI NON

CADRE RÉSERVÉ AU CROPP/CIOPP	OUI	NON
Déclaration de conformité article R.4322-77 reçue		
Bail ou titre de propriété		
Assurance RCP		
Contrat Élimination DASRI		
Site internet		
Plateforme de prise de rendez-vous		
Informations des honoraires en ligne (article R.4322-61)		

Les cases roses du questionnaire font référence aux recommandations déontologiques opposables

Accès au cabinet

	OUI	NON	Observations
Parking privé avec place PMR			
Signalisation intermédiaire			
Plaque professionnelle conforme			
Identité visuelle			Localisation :

Entrée – Salle d'attente

Affichage des honoraires			
Information situation conventionnelle			
Information RGPD			

Sanitaires patients

Normes PMR			
Point d'eau			
Solution lavante			
Essuie-mains jetables			

Salle de soins instrumentaux			
	OUI	NON	Observations
Affichage des honoraires			
Sol : synthétique			Nature du sol :
Murs : peinture			Revêtement du mur :
Point d'eau « hygiène des mains »			
Dans la salle de soins			
Distribution d'eau			Automatique / manuelle
Distribution savon			Automatique / manuelle
Solution hydro alcoolique			
Essuie-mains jetables			

Équipements			
	OUI	NON	Observations
Tunique / Blouse			
Surblouse ou tablier (si soins mouillants)			
Pantalon			
Gants			
Masque			
Chaussures réservées au cabinet			
Lunettes de protection			
Calot ou charlotte			
Unit fixe			
Equipement rotatif autoclavable			
Pièce à main avec aspiration (si soins secs)			
Pièce à main avec spray			
Turbine			
Seringue air/eau			
Fauteuil patient avec jambières articulées			
Motorisé			
Position « Trendelenburg »			
Sellerie lavable en bon état			
Siège praticien			
Sellerie lavable en bon état			
Eclairage			
Plafonnier lumière du jour			
Lampe scialytique			
Lampe loupe			
Meubles de rangement			
Produits de pharmacie			
Dates de péremption respectées			
Stockage et conditionnement de l'instrumentation (fraises incluses)			
Sachets			
Plateaux de soins			
A usage unique			
Autoclavable			

Traitement des dispositifs médicaux (DM)			
	OUI	NON	Observations
Produits de nettoyage et de désinfection			
Information / gestion biocides			
Désinfection des surfaces de travail entre chaque patient			
Pré désinfection DM¹			
Bac(s) avec solution détergente-désinfectante			
Nettoyage DM			
Brossage manuel			
Ultrasons			
Thermo désinfecteur			
Stérilisation DM			
Autoclave			
Dans la salle de soin			
Dans une salle de stérilisation			
Dans l'atelier			
Autre			
Externalisation			
Registre Traçabilité Stérilisation			

Salle de consultation podologique			
	OUI	NON	Observations
Distincte de la salle de soins instrumentaux			
Table d'examen / fauteuil allongé			
Appareil de visualisation des empreintes			
Système de prise d'empreintes			
Zone d'analyse de la marche (4m minimum) ou tapis de marche sécurisé			

Atelier / Laboratoire			
	OUI	NON	Observations
Pièce distincte			
Tenue professionnelle distincte			
Equipement de protection respiratoire			
Equipement de protection auditive			
Equipement de protection oculaire			
Touret avec captation et récupération des poussières			
Fenêtre			
Ventilation mécanique de type VMC			
Aspiration zone d'encollage			

Entretien et sécurité des locaux

	OUI	NON	Observations
Bionettoyage			
Maintenance annuelle de l'autoclave			
Détecteur avertisseur autonome de fumée (DAAF)			
Extincteur			
Plan d'évacuation			
Entretien du circuit de climatisation			

Partage des locaux

	OUI	NON	Professionnel concerné
Entrée / Salle d'attente			
Salle de soins instrumentaux			
Salle de consultation podologique			
Atelier			

Confidentialité : isolation phonique et visuelle

	OUI	NON	Observations
Entrée / Salle d'attente			
Salle de soins instrumentaux			
Salle de consultation podologique			

Conservation des données des patients

	OUI	NON	Observations
Dossiers médicaux			
Dossiers papier			
Dossiers informatisés			
Sauvegarde externe des dossiers informatisés			
Messagerie sécurisée			

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

Le :

Les conseillers ordinaires
Noms prénoms et signatures

le Titulaire du cabinet
Nom prénom et signature