

CHECK LIST SONDAGE URINAIRE A DEMEURE

Identité du patient :

Coller une étiquette

Identité de l'opérateur :

Fonction :

Date de pose : Date d'ablation :

1^{er} sondage (homme) : Oui Non

Lieu de pose:

Avant la pose

Vérification de l'identité et de la prescription :

1. Vérification de l'identité du patient : Oui Non

2. Prescription médicale conforme : Oui Non

3. Information du patient ou de sa famille : Oui Non Na

Vérification du matériel et des produits :

4. Système clos Oui Non

5. Type de sonde :
 Latex siliconé < 8 jours
 Silicone 100 % ≥ 8 jours
 Autres :

6. Charrière N°

7. Vérification des produits adaptés pour la préparation cutanéomuqueuse Oui Non

Pose de la sonde

Le soignant :

8. Hygiène des mains par friction avec un PHA : Oui Non

9. Port de gants stériles pour l'introduction de la sonde dans le méat : Oui Non

Le patient :

10. Détersion + désinfection cutanéomuqueuse : Oui Non

Le matériel :

11. Connexion du sac et de la sonde avant la pose (système clos) : Oui Non

12. Test de gonflage du ballonnet Oui Non

13. Lubrification de la sonde Oui Non

14. Ecoulement d'urine Oui Non

15. Vérification du positionnement de la sonde Oui Non

16. Fixation adaptée : De la sonde : Oui Non
 Du collecteur : Oui Non

17. Position déclive sans contact avec le sol Oui Non

Surveillance journalière

Inscrire la date de surveillance et les initiales du professionnel dans la case correspondante, après vérification des éléments de surveillance du dispositif.

L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D
L	M	M	J	V	S	D

Éléments de surveillance du dispositif :

Signes cliniques (fièvre)
Vérification de la diurèse
Soins :
 Toilette au savon doux
 Manipulation aseptique du dispositif
Surveillance technique :
 Vérification de l'absence de fuites
 Fixation de la sonde et du sac collecteur
 Respect du système clos

Pertinence du maintien de la sonde

Logo établissement :



Commentaires :