

Logo ou nom de
l'établissement

Outil d'aide à l'observance « Pose d'une sonde vésicale »

Référence :

Date : __/__/20__

Version :

Date : /__ / __ / ____ /

Nom Opérateur :

Fonction Opérateur :

Nom médecin prescripteur :

Date de la mise en place : /__ / __ / ____ /

Lieu de pose :

Sondage : A demeure Evacuateur

1^{er} sondage : Oui Non

Changement de sonde : Oui Non

Si oui, motif :

Type de sonde : Silicone Latex silicone

Numéro de charrière : /__ / __ /

Identification du patient : *étiquette patient*

AVANT LA MISE EN PLACE

Identité du patient vérifiée Oui Non

Patient informé Oui Non

Dossier vérifié (*allergie, contre-indications*) Oui Non

Prescription médicale écrite, vérifiée Oui Non

Matériel vérifié (*Date péremption, Intégrité emballage...*) Oui Non

Echographie Oui Non
- Si oui, volume d'urine /____/

PENDANT LA MISE EN PLACE

Désinfection des mains avec PHA Oui Non

Détersion et désinfection de la zone uro-génitale Oui Non

Respect technique de pose (*système clos*) Oui Non

APRES LA MISE EN PLACE

Points vérifiés :

• Absence de couture Oui Non

• Fixation adaptée Oui Non

• Position déclive Oui Non

• Volume d'urine /____/

• Epreuve de clampage Oui Non NA

• Traçabilité Oui Non

• Suivi de la pertinence de la sonde (*cf. fiche*) Oui Non

Commentaires (*en cas d'écart ou incident*) :



Rédaction

France BORGEY
Anne CANIVET-THOMASSIN
Séverine PAIN

Mise à jour

Liliane HENRY
Isabelle ROLAND

Validation

CPias Normandie

Version 2

Date : Septembre 2017

Page : 1 / 1