

Date : _____
Quart de travail : _____
Site & unités : _____
Adresse : _____
Évaluateur : _____

1. Éclosion ou précautions additionnelles (isolement) (ex. : contact et gouttelettes+) :

OUI NON

2. Période de repas observée :

Déjeuner Dîner Souper

3. Moyen proposé pour HDM :

NON (ne pas répondre aux questions 4 et 5)

OUI, type de moyens proposés :

Lingette dans le plateau Débarbouillette Solution hydroalcoolique

4. Consignes données aux usagers :

OUI NON

5. Assistance offerte aux usagers en perte d'autonomie :

OUI NON

6. Hygiène des mains effectuée par l'utilisateur :

OUI NON

Commentaires :
