Questionnaire

Nom de l’institution :       Nbre de lits :

Personne de référence pour l’hygiène :

Adresse mail :

**Nom de la solution utilisée pour la désinfection des mains des soignants :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **01.01.-31.12.**  | **01.01.-31.12.** | **01.01.-31.12.** | **01.01.-31.12.** | **01.01.-31.12.** | **01.01.-31.12.** |
| ***Compléter les cases A + B ou la case C*** |
| **A. Quantité achetée (litres)** |  |  |  |  |  |  |
| **B. Stock****disponible en début d’année (litres)** |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **C. Consommation  (litres)** |  |  |  |  |  |  |
| *A compléter par l’Unité HPCI* |
| **Nbre ml/patient/j** |  |  |  |  |  |  |
| **Nbre désinfections mains/patient/j** |  |  |  |  |  |  |

A compléter et à retourner à

Mme Coralie Riccio :

Unité HPCI, CHUV, Mont-Paisible 18/4

CH-1011 Lausanne

[coralie.riccio@chuv.ch](http://)

**Tél.** 079 556 95 97