



EPP Qualité et sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes :
Grilles d'entretien avec les professionnels de santé

Etablissement :

Service :

Date de réalisation :

Nom de la personne réalisant l'entretien :

Grille IDE / ASD assurant l'accueil du patient

Critères	Oui	Non	NA*	NC*
Q1. Avez-vous pris connaissance du protocole IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q2. Savez-vous où il se trouve ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q3. Est-ce que vous vérifiez l'absence de maquillage (yeux, visage) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Q4. Est-ce que vous vérifiez l'absence de lentilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Q5. Est-ce que vous vérifiez l'absence d'inflammation ou d'infection de l'œil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Q6. Est-ce que vous recherchez une infection extra-oculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Q7. Faites-vous revêtir une surblouse usage unique non stérile au patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q8. Faites-vous porter une charlotte / coiffe au patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*NA : non adapté / **NC : non concerné(e)



EPP Qualité et sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes :
Grilles d'entretien avec les professionnels de santé

Etablissement :

Service :

Date de réalisation :

Nom de la personne réalisant l'entretien :

Grille IDE / aide opératoire

Critères	Oui	Non	NA*	NC*
Q9. Avez-vous pris connaissance du protocole IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q10. Savez-vous où il se trouve ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q11. Portez-vous une tenue propre (surblouse / tablier à usage unique) changée entre chaque IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q12. Réalisez-vous une désinfection des mains par friction immédiatement avant l'instillation de collyre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Q13. Réalisez-vous une désinfection des mains par friction immédiatement avant la préparation de la table d'instrumentation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Q14. Les portes de la salle d'IVT sont-elles fermées ?	Toujours <input type="checkbox"/>	Le plus souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Q15. Les fenêtres de la salle d'IVT sont-elles fermées ?	Toujours <input type="checkbox"/>	Le plus souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Q16. La table/le fauteuil opératoire est-il (elle) nettoyé(e) désinfecté(e) entre chaque IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q17. La table d'instrumentation est-elle nettoyée désinfectée entre chaque IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q18. Le guéridon / plan de travail est-il nettoyé désinfecté entre chaque IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

*NA : non adapté / **NC : non concerné(e)



EPP Qualité et sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes :
Grilles d'entretien avec les professionnels de santé

Etablissement :

Service :

Date de réalisation :

Nom de la personne réalisant l'entretien :

Grille Cadre de santé

Critères		Oui	Non	NA*
Q19.	Existe-t-il un protocole de réalisation de l'IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q20.	Ce protocole est-il facilement consultable / disponible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q21.	Les IDE aidant à la réalisation de l'IVT ont-elles reçu une formation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q22.	Les IVT sont-elles réalisées dans une salle dédiée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q23.	Les IVT sont-elles programmées sur des séances spécifiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q24.	Un bionettoyage complet de la salle d'IVT est-il réalisé avant chaque séance d'IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q25.	Une traçabilité du bionettoyage est-elle réalisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q26.	Le patient bénéficie-t-il d'une information avant l'IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q27.	Le patient bénéficie-t-il d'une information sur la surveillance à prévoir après l'IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q28.	Un suivi post-IVT est-il prévu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q29.	Une surveillance des évènements indésirables post IVT est-elle réalisée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*NA : non applicable



EPP Qualité et sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes :
Grilles d'entretien avec les professionnels de santé

Etablissement :

Service :

Date de réalisation :

Nom de la personne réalisant l'entretien :

Grille Médecin

Critères		Oui	Non	NA*
Q30.	Le patient bénéficie-t-il d'une information avant l'IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q31.	Contrôlez-vous l'état de l'œil (rougeur, infection locale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q32.	Portez-vous un masque chirurgical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q33.	Portez-vous une coiffe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q34.	Réalisez-vous une désinfection chirurgicale des mains par friction avant chaque IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q35.	Changez-vous de tenue opératoire entre chaque IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q36.	Portez-vous des gants chirurgicaux stériles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q37.	Une déterision des téguments péri-oculaire à la PVPI scrub (ou savon doux en cas d'allergie) est-elle réalisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q38.	Un rinçage à l'aide de sérum physiologique stérile est-il réalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q39.	Un séchage à l'aide de compresses stériles est-il réalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q40.	Un badigeon des paupières et des cils à l'aide de PVPI solution ophtalmique à 5% ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



EPP Qualité et sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes :
Grilles d'entretien avec les professionnels de santé

Etablissement :

Service :

Date de réalisation :

Nom de la personne réalisant l'entretien :

Q41.	Instillez-vous de la PVPI solution ophtalmique à 5% sur la conjonctive et dans les culs de sacs conjonctivaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q42.	Respectez-vous un temps de contact de l'antiseptique de 2 minutes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q43.	Rincez-vous l'antiseptique avec du sérum physiologique stérile avant de réaliser l'IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q44.	Préparez-vous de façon stérile le produit injecté au plus près de l'injection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q45.	Changez-vous d'aiguille avant l'injection du produit utilisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q46.	Mettez-vous en place un champ stérile isolant l'œil du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q47.	Mettez-vous en place un blépharostat stérile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q48.	Administrez-vous un antibiotique topique immédiatement après l'injection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q49.	Vous assurez-vous de la bonne perception de la lumière par le patient après l'IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q50.	Dispensez-vous au patient une information sur la surveillance à assurer après l'IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q51.	Indiquez-vous au patient les mesures d'hygiène avant l'instillation de collyre en post-IVT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*NC : non concerné

**NA : non applicable