

AUDIT FLASH : Évaluation de l'identification de l'utilisateur lors du soin repas

Q1 : Identification de la structure : _____ Q2 Service audité : _____

Q3 : Date de l'évaluation : _____ Q4 : Nom de l'auditeur _____

Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
N° Ordre ou IPP° Patient	Prescription nominative du régime ou texture dans le DPI	Au moment de la préparation vérification de la concordance entre l'identité de l'utilisateur et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 7, moyens de vérification	Au moment de la distribution du repas au résident, vérification de la concordance entre l'identité de l'utilisateur et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 9, moyens de vérification	Repas/Régime prescrit/servi à l'utilisateur conforme
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11

N° Ordre ou IPP° Patient	Prescription nominative du régime ou texture dans le DPI	Au moment de la préparation vérification de la concordance entre l'identité de l'utilisateur et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 7, moyens de vérification	Au moment de la distribution du repas au résident, vérification de la concordance entre l'identité de l'utilisateur et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 9, moyens de vérification	Repas/Régime prescrit/servi à l'utilisateur conforme
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
N° Ordre ou IPP° Patient	Prescription nominative du régime ou texture dans le DPI	Au moment de la préparation vérification de la concordance entre l'identité de l'utilisateur et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 7, moyens de vérification	Au moment de la distribution du repas au résident, vérification de la concordance entre l'identité de l'utilisateur et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 9, moyens de vérification	Repas/Régime prescrit/servi à l'utilisateur conforme
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
N° Ordre ou IPP° Patient	Prescription nominative du régime ou texture dans le DPI	Au moment de la préparation vérification de la concordance entre l'identité du résident et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 7, moyens de vérification	Au moment de la distribution du repas au résident, vérification de la concordance entre l'identité du résident et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 9, moyens de vérification	Repas/Régime prescrit/servi au résident conforme
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
N° Ordre ou IPP° Patient	Prescription nominative du régime ou texture dans le DPI	Au moment de la préparation vérification de la concordance entre l'identité du résident et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 7, moyens de vérification	Au moment de la distribution du repas au résident, vérification de la concordance entre l'identité du résident et le régime prescrit sur la base d'un support nominatif	Si oui à la question 9, moyens de vérification	Repas/Régime prescrit/servi au résident conforme
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Listing <input type="checkbox"/> Autre support précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Autre précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>