

**DESCRIPTION SOMMAIRE**

**DU**

**MILIEU CLINIQUE**

**COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de la personne qui complète le questionnaire : \_\_\_\_\_  
(propriétaire ou coordonnateur clinique)

Numéro de membre de l'O.P.P.Q., s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

Identification du milieu de travail : \_\_\_\_\_

Adresse au travail : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone au travail : (     ) \_\_\_\_\_

## VÉRIFICATION GÉNÉRALE

Date et heure de la visite : \_\_\_\_\_

Date de l'avis : \_\_\_\_\_

Adressé au : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

### LOCALISATION

	OUI	NON
Maison privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clinique médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre d'activités physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clinique privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre de réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, spécifier : _____		

### DESCRIPTION

	OUI		NON
Salle d'attente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cabinet fermé	<input type="checkbox"/>	Nombre de cabinet(s) _____	<input type="checkbox"/>
Aire ouverte	<input type="checkbox"/>	Nombre de lit(s) _____	<input type="checkbox"/>
Le milieu dispose de moyens pour assurer la confidentialité des conversations art.10 ( <i>Règlement sur la tenue des dossiers</i> )	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Conservation des dossiers dans un local ou un meuble auquel le public n'a pas librement accès et pouvant être fermé à clef ou autrement art.6 ( <i>Règlement sur la tenue des dossiers</i> )	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gymnase	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si oui, décrire (espace, matériel, utilisation partagée, surveillance)			
_____			
_____			

Espace réservé à l'inspecteur. N'inscrivez rien ici.

## ENVIRONNEMENT PHYSIQUE (suite)

### DESCRIPTION

	OUI	NON
Bureau disponible pour les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bureau disponible pour le secrétariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté des lieux Art.11 ( <i>Tenue des cabinets de consultation</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si non, spécifier :

---

---

---

Espace réservé à l'inspecteur. N'inscrivez rien ici.

---

---

---

---

### IDENTIFICATION

	OUI	NON	N/A
Tableau d'identification des professionnels à la vue du public art.10 ( <i>Code de déontologie</i> ) OU Insigne d'identification art.10 ( <i>Code de déontologie</i> ) OU Permis d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Copie du Code de déontologie  
à la vue du public  
art.12 (*Tenue des cabinets de consultation*)

Règlement sur la procédure de conciliation  
et d'arbitrage des comptes des membres de l'Ordre  
à la vue du public  
art.12 (*Tenue des cabinets de consultation*)

Informations concernant les honoraires  
Si non, spécifier :

---

---

Espace réservé à l'inspecteur. N'inscrivez rien ici.

---

---

## ACCESSIBILITÉ

	OUI	NON
Escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalier avec main courante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rampe d'accès pour fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

---

---

## SÉCURITÉ

	OUI	NON	N/A
Équipement électrique fiché à 3 pattes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bain tourbillon relié à un disjoncteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extincteur de type ABC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extincteur de type H <sub>2</sub> O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procédure en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
Trousse d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Éclairage d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entretien de l'équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait par : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Mise à jour d'un registre sur l'entretien de l'équipement  
Art.19 (*Tenue des cabinets de consultation*)  OUI  NON

Le service de physiothérapie (la clinique de physiothérapie) dispose-t-il de procédures assurant l'innocuité des gels (à ultrasons)?  OUI  NON

Espace réservé à l'inspecteur. N'inscrivez rien ici.	Oui	Non	N/A
Les appareils d'électrothérapie ont-ils été vérifiés par l'inspecteur lors de la visite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

## HYDROTHERAPIE

### Nettoyage et désinfection des bains tourbillons

Intégrité de la peau	Clientèle avec peau intacte N/A : <input type="checkbox"/>	Clientèle avec bris cutané N/A : <input type="checkbox"/>
Niveau de désinfection	<b>Faible</b>	<b>Intermédiaire</b>
Produits de désinfection utilisés	Produit : _____ concentration _____	Produit : _____ concentration _____
Nettoyage et désinfection des bains	Oui    Non	Oui    Non
	1. Drainage du bain tourbillon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Nettoyage des surfaces avec un détergent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Rinçage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Désinfection Temps de contact : _____ minutes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Ces 4 étapes sont exécutées entre chaque client <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Drainage du bain tourbillon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Nettoyage des surfaces avec un détergent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Rinçage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Désinfection Temps de contact : _____ minutes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Ces 4 étapes sont exécutées entre chaque client <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Désinfection des turbines  Cette étape peut être réalisée en même temps que la dernière désinfection des bains.	Oui    Non	Oui    Non
	1. Une fois par jour, en fin de journée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si non, préciser _____ 2. Produit de désinfection (faible niveau) Nom du produit : _____ concentration _____ 3. Temps contact : _____ minutes	1. Entre chaque client <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Produit de désinfection (niveau intermédiaire) Nom du produit : _____ concentration _____ 3. Temps contact : _____ minutes
Rinçage et séchage de l'équipement	Oui    Non	Oui    Non
	1. Rinçage des turbines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Séchage des turbines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Rinçage du bain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Séchage du bain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Ces 4 étapes sont exécutées entre chaque client <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Rinçage des turbines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Séchage des turbines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Rinçage du bain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Séchage du bain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Ces 4 étapes sont exécutées entre chaque client <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le service de physiothérapie (ou la clinique de physiothérapie) dispose-t-il de procédures de nettoyage et de désinfection des bains affichées ou disponibles pour les intervenants?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

RÉF. : GROUPE DE TRAVAIL SUR LE NETTOYAGE ET LA DÉSINFECTION DES ÉQUIPEMENTS D'HYDROTHERAPIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS AU QUÉBEC. *Recommandations sur le nettoyage et la désinfection des équipements d'hydrothérapie des établissements de soins au Québec.* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Espace réservé à l'inspecteur. N'inscrivez rien ici.

---



---



---

## LINGERIE / LITERIE

OUI NON

Lingerie disponible

▪ Propreté adéquate

Literie disponible

▪ Propreté adéquate

## PARTICULARITÉS

OUI NON

Dossier unique

Évaluation conjointe

Si oui, spécifier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OUI NON

Délégation de tâches

Si oui, à qui ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Espace réservé à l'inspecteur. N'inscrivez rien ici.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

OUI

NON

N/A

Fonctionnement par programme

Commentaires :

---

---

Type de clientèle

---

---

Rotation

Fréquence : \_\_\_\_\_

Le supérieur immédiat du physiothérapeute ou du T.R.P. visité est-il membre de l'Ordre ?

Si non, précisez le titre : \_\_\_\_\_

Feuille de modalités

Formulaire type

Temps réservé à une évaluation

---

(minutes)

Nombre de clients à l'heure

---

(clients)

Nombre de clients par jour

---

(clients)

Espace réservé à l'inspecteur. N'inscrivez rien ici.

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'inspecteur

\_\_\_\_\_  
Date