

DOMAINES		LIBELLE DES CRITERES
<b>I</b>	<b>INFORMATIONS GENERALES SUR LE PRESTATAIRE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raison sociale / Dénomination du Cabinet.</li> <li>2. Année de création.</li> <li>3. Siège social et Adresse postale.</li> <li>4. Autorisation ministérielle. (Copie à joindre).</li> <li>5. Attestation de visite de conformité. (Copie à joindre).</li> <li>6. Registre de commerce. (Copie à joindre).</li> <li>7. Régime d'imposition.</li> <li>8. Déclaration fiscale d'existence. (Copie à joindre).</li> <li>9. N° d'agrément ONCD CI. (Copie à joindre).</li> <li>10. N° Compte contribuable. (Copie à joindre).</li> <li>11. Type de Cabinet dentaire (Externe ou Interne à une Clinique).</li> <li>12. Actionnariat : Êtes-vous seule ou en association ? (Si association préciser, les Chirurgiens-dentistes associés, Copie de la CNI / Copie du diplôme / Contacts (Fixe, Mobile, Fax, Adresse, Courriel).</li> <li>13. Représentant légal : Profession / Copie de la CNI / Contacts (Fixe, Mobile, Adresse, Courriel).</li> <li>14. Chirurgien-dentiste responsable : Copie de la CNI / Copie du diplôme / Contacts (Fixe, Mobile, Fax, Adresse, Courriel).</li> </ol>
<b>II</b>	<b>DESCRIPTIF DU LOCAL, DU PERSONNEL ET DE L'EQUIPEMENT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Superficie et Aménagement de la salle d'accueil. (Joindre photos).</li> <li>2. Nombre de salles de soins.</li> <li>3. Surface des salles de soins principale et secondaire (en m<sup>2</sup>).</li> <li>4. Description de l'aménagement de l'espace de soins et du plateau technique. (Joindre Photos).</li> <li>5. Le bureau de consultation est-il dissocié de la salle de soins ?</li> <li>6. Existe-t-il un local de stérilisation dissocié de la salle de soins ?</li> <li>7. Existe-t-il des vestiaires du personnel et des toilettes visiteurs ?</li> <li>8. Liste, Fonction et Formation des employés permanents. (A joindre)</li> <li>9. Présence d'un chirurgien-dentiste permanent. Joindre : (Planning de présence / Copie du diplôme / Copie de la CNI / Spécimen du cachet et de la signature.)</li> </ol>
<b>III</b>	<b>FORMATION, HYGIENE ET PROTECTION DU PERSONNEL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le personnel est-il suivi régulièrement par la médecine du travail ? (Justifier)</li> <li>2. L'équipe soignante a-t-elle été vaccinée contre l'hépatite B et le Tétanos? (Justifier)</li> <li>3. Vos vêtements de travail sont-ils exclusivement à manches courtes ?</li> <li>4. Avez-vous dans le cabinet plusieurs vêtements de travail à disposition ? Où sont-ils stockés ?</li> <li>5. La fiche outil pour l'hygiène des mains est-elle affichée dans le cabinet et connu de tout le personnel ?</li> <li>6. Les gants à usage unique portés par l'équipe soignante sont-ils changés systématiquement entre chaque patient ? et lors de chaque interruption de soins (tél, accueil...) ?</li> <li>7. L'équipe soignante porte-t-elle systématiquement un masque chirurgical pendant chaque soin ? (Préciser le type et la fréquence des changements).</li> <li>8. Avez-vous des lunettes (ou des visières) de protection à disposition de toute l'équipe soignante ? Dans quels cas les utilisez-vous ?</li> <li>9. Le personnel chargé des procédés de traitement des dispositifs médicaux a-t-il reçu une formation spécifique et régulièrement réactualisée ?</li> <li>10. La fiche outil Conduite à tenir en cas d'AES est-elle affichée dans le cabinet et connue du personnel</li> <li>11. Le numéro de téléphone du service à contacter en cas d'AES figure-t-il sur la fiche ?</li> </ol>

<p align="center"><b>IV</b></p>	<p align="center"><b>LOCAUX</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe-t-il des revêtements non poreux et facilement lessivables pour toutes les surfaces (sols, murs, mobilier, plan de travail, unit ...) dans la salle de soins comme dans la salle de traitement des DM ?</li> <li>2. La zone d'examen et de soins est-elle individualisée des autres zones techniques ?</li> <li>3. La zone d'examen et de soins comporte-t-elle : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un lavabo, de préférence à commande non manuelle ?</li> <li>▪ un distributeur de solution hydro alcoolique, de savon liquide et d'essuie-mains à usage unique ?</li> </ul> </li> <li>4. La zone de tri de la salle de soins comporte-t-elle : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un collecteur OPCT (de sécurité) pour les déchets piquants, coupants, tranchants ?</li> <li>▪ des collecteurs spécifiques permettant de transporter sans risque les autres déchets ?</li> </ul> </li> <li>5. La séparation des déchets (OPCT), des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) , les déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) et les déchets mercuriels est-elle effectuée, dès la fin du soin ? dans la salle de soins ?</li> <li>6. Le mobilier et les équipements sont-ils surélevés ou sur roulettes pour faciliter le nettoyage, dans la salle de soins et dans la salle de traitement des DM ?</li> <li>7. Avez-vous un équipement facile d'entretien (fauteuil lisse et sans coutures, cordons lisses, système d'aspiration de préférence démontable, commandes à pédales) ?</li> <li>8. Avez-vous un scialytique avec poignée recouverte d'une protection à usage unique changée entre chaque patient ? ou traitement de la poignée entre chaque patient ?</li> <li>9. Quels moyens utilisez-vous pour maîtriser la qualité microbiologique des fluides du fauteuil (seringue air/eau ; tubulures et circuit d'alimentation) ?</li> <li>10. Tous les instruments détachables (turbines, contre-angle, pièces à main, pièces à main à ultrasons) sont-ils retirés après chaque soin et traités séparément ?</li> <li>11. Réalisez-vous une purge des équipements en début de séance, avant la 1<sup>ère</sup> utilisation de l'unit pendant au moins 5 mn ?</li> <li>12. Effectuez-vous une purge des équipements après chaque patient pendant 20 à 30 secondes ?</li> <li>13. Le corps de la seringue air/eau est-il nettoyé et désinfecté extérieurement entre chaque patient ?</li> <li>14. Votre équipement possède-t-il des valves anti-retour sur toutes les tubulures et les circuits d'alimentation en eau (turbine, contre-angle, ultra-sons, seringue air/eau) ?</li> <li>15. Un nettoyage des surfaces à proximité de l'unit avec un produit détergent/désinfectant est-il réalisé entre deux patients ?</li> <li>16. Quelle est la procédure d'entretien de votre aspiration chirurgicale ?</li> <li>17. Le local est-il organisé pour que le sale (dispositifs médicaux souillés) n'entre pas en contact avec le propre (là où les dispositifs médicaux sont contrôlés, emballés et stérilisés) ?</li> </ol>
<p align="center"><b>V</b></p>	<p align="center"><b>ASEPSIE, ANTISEPSIE ET ACTES DENTAIRE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un bain de bouche antiseptique est-il effectué avant tout soin ?</li> <li>2. Contrôlez-vous périodiquement le respect des dates de péremption et la durée d'utilisation des différents produits après ouverture ?</li> <li>3. Pratiquez-vous la désinfection de l'opercule de chaque cartouche d'anesthésie avant utilisation ?</li> </ol>
<p align="center"><b>VI</b></p>	<p align="center"><b>UTILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jetez-vous systématiquement après chaque patient tous les dispositifs médicaux à usage unique (Lame de bistouri, Pompe à salive, Pinceau d'application, Brossette pour contre-angle, etc.) ?</li> <li>2. Les dispositifs médicaux stérilisables à la vapeur d'eau (« autoclavables ») sont-ils tous stérilisés à l'autoclave ?</li> <li>3. Utilisez-vous pour la stérilisation le poupinel (ce stérilisateur n'est plus recommandé) ?</li> <li>4. Dans le cas particulier où vous utiliseriez des dispositifs médicaux thermosensibles, sont-ils soumis à un traitement adapté au niveau de risque ? (Si oui Préciser).</li> </ol>

<p align="center"><b>VII</b></p>	<p align="center"><b>TRAITEMENT DES DISPOSITIFS MEDICAUX</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Immergez-vous tous les dispositifs utilisés en bouche dès la fin de leur utilisation dans un bac d'une taille suffisante contenant une solution détergente/désinfectante exempte d'aldéhydes ?</li> <li>2. Dans les cas particuliers où, en fin de journée, certains dispositifs médicaux n'ont pas été traités, quelle procédure appliquez-vous ?</li> <li>3. Tout dispositif médical réutilisable neuf (ou de retour d'entretien) est-il nettoyé avant qu'il soit procédé à sa 1ère stérilisation ?</li> <li>4. Pour le cas particulier des fraises, quel type de traitement utilisez-vous ?</li> <li>5. La cuve du bac à ultrasons est-elle d'une taille suffisante pour permettre une immersion complète sans que les DM ne soient entassés ? Dispose-t-elle d'un couvercle d'obturation ?</li> <li>6. Utilisez-vous un laveur ou un laveur-désinfecteur régulièrement contrôlé ?</li> <li>7. Lors du nettoyage manuel utilisez-vous le même produit détergent désinfectant que celui utilisé lors de la pré-désinfection ?</li> <li>8. Pour réaliser le nettoyage manuel, quel type de gants de protection utilisez-vous ?</li> <li>9. Avant le conditionnement, l'efficacité du nettoyage et du séchage de chaque dispositif médical est-elle vérifiée ?</li> <li>10. Tous les dispositifs médicaux sont-ils conditionnés (sachet ou double papier crêpe) immédiatement après séchage et stérilisés ensuite ?</li> <li>11. Dans le cas particulier de l'utilisation d'autres types de conditionnement (conteneur à soupapes...), comment vous assurez-vous de la bonne pénétration de la vapeur ?</li> <li>12. Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau est-il conforme à la norme NF EN 13060 ? Comment en assurez-vous la maintenance ?</li> <li>13. Existe-t-il un document où sont consignés tous les événements (entretien, maintenance, pannes...) survenus sur votre autoclave ?</li> <li>14. Pour garantir l'efficacité de la stérilisation, les paramètres suivants sont-ils vérifiés et enregistrés à la fin de chaque cycle ? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Température et durée du plateau de stérilisation,</li> <li>▪ Virage correct de l'intégrateur physicochimique conditionné en sachet et placé au sein de la charge,</li> <li>▪ Virage de tous les indicateurs de passage figurant sur les sachets,</li> <li>▪ Absence d'humidité des sachets et intégrité des emballages,</li> <li>▪ Résultat du dernier test de pénétration de vapeur d'eau (Hélix).</li> </ul> </li> <li>15. À la fin de chaque cycle de stérilisation, après la vérification du bon déroulement du cycle, les sachets sont-ils étiquetés (sur une surface propre et sèche) ?</li> <li>16. Les dispositifs médicaux stérilisés ensachés sont-ils stockés selon les conditions suivantes ? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans un endroit propre et sec,</li> <li>▪ Dans une pièce différente de la pièce de nettoyage/stérilisation ou à défaut dans une armoire fermée ou dans des tiroirs fermés.</li> </ul> </li> </ol>
<p align="center"><b>VIII</b></p>	<p align="center"><b>TRAITEMENT DES MATERIAUX D'EMPREINTES ET DE PROTHESES</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les dispositifs posés ou essayés en bouche (films radio, prothèses, empreintes, teintier...) sont-ils, après chaque usage, nettoyés et désinfectés à l'aide d'un détergent/désinfectant ?</li> <li>2. Utilisez-vous des porte-empreintes à usage unique ? Si non, comment traitez-vous vos porte-empreintes ?</li> <li>3. La réalisation des opérations de désinfection des empreintes est-elle précisée par écrit au laboratoire de prothèse ?</li> </ol>

<b>IX</b>	<b>GESTION DES DECHETS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disposez-vous à portée de main, dans la salle de soins d'un collecteur permettant l'élimination immédiate des objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) ?</li> <li>2. Disposez-vous d'un collecteur spécifique pour les déchets d'activité de soin à risque infectieux (DASRI autre qu'OPCT) ?</li> <li>3. Disposez-vous d'un contrat d'enlèvement des DASRI avec une entreprise spécialisée ?</li> <li>4. Votre installation est-elle équipée d'un séparateur d'amalgame ?</li> <li>5. Les déchets d'amalgames sont-ils recueillis et traités dans une filière spécifique ?</li> </ol>
<b>X</b>	<b>LOGICIEL DE GESTION</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilisez-vous un logiciel de gestion référencé ? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nom et éditeur du logiciel de gestion.</li> <li>▪ Devis informatisé. (Joindre un spécimen.)</li> <li>▪ Factures informatisées avec sticker fiscal. (Joindre un spécimen)</li> <li>▪ Reçu informatisé avec Timbre fiscal. (Joindre un spécimen)</li> </ul> </li> </ol>
<b>XII</b>	<b>TARIFS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Joindre une copie de la Grille tarifaire.</li> </ol>

**N.B. :** Les réponses à ce questionnaire devront être rédigées dans un document séparé et relié.

L'acceptation de la signature de la convention de partenariat par **MCI** avec le prestataire sera précédée d'une visite concluante de ses locaux.

**LA DIRECTION MEDICALE**