

CONFORMITE DU CABINET DENTAIRE

PREAMBULE

L'une des missions légales de votre Conseil Départemental est de **veiller à la conformité des cabinets dentaires au regard du Code de Déontologie, du Code de la Santé Publique et des normes légales en vigueur** concernant les points suivants : propreté des locaux, stérilisation, désinfection, sécurité des patients et des locaux, gestion des déchets, sécurité du personnel, traçabilité...

Le questionnaire ci-joint énumère les **conditions minimales requises** pour une pratique sécurisée. Merci de nous le renvoyer, sous 15 jours dûment complété et signé.

Pour plus de précisions, nous vous invitons à consulter le Site du Conseil National :

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Rubrique « Sécurisez votre exercice »

Des questions ? Difficultés ? Suggestions ? Remarques ?

Contactez le Conseil de l'Ordre !

03 88 60 67 87

COORDONNEES DU CABINET DENTAIRE

Docteur (NOM-Prénom)

Adresse (Résidence – Bâtiment – Etage)

CP-VILLE

Téléphone – Portable

Fax

E-mail

@

EXTERIEUR

| | OK | A revoir |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Plaque professionnelle (dimension 25 cm x 30 cm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Accès handicapés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Imprimés professionnels (joindre un exemplaire de chaque) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INTERIEUR

| | OK | A revoir |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Salle d'attente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Secrétariat | | |
| ☞ Outil informatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Lecteur Carte Sésame Vitale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Affichages obligatoires (http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/divers/affichages-obligatoires.html) | | |
| ☞ Tarifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Membre d'une association agréée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Interdiction de fumer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Numéros d'urgence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Installation électrique & Compresseur | | |
| ☞ Prévoir vérification périodique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Extincteur approprié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arrêté du 22 juin 1990 modifié par le décret du 31/03/1992

« Les établissements doivent être dotés d'extincteurs portatifs à eau pulvérisée de six litres ou six kilos au minimum, conformes aux normes, à raison d'un appareil pour 150 m² avec un minimum d'un appareil par niveau. »

CONDITIONS D'EXERCICE

| | OK | A revoir |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Décontamination – Stérilisation | | |
| ☞ Salle spécifique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Présence de matériel de décontamination (bacs de décontamination et à ultrasons) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Présence de matériel de nettoyage (thermolaveur, bac à ultrasons) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Séchage des instruments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Matériel de mise sous sachets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Autoclave Type B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Décontamination de la zone de travail | | |
| ☞ Lingettes décontaminantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Sprays décontaminants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Contres angles (plusieurs jeux afin de décontaminer entre chaque patient) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Instruments à usage unique (matériel d'injection, bistouris, canules d'aspiration, plateaux etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Produits de désinfection (aspiration chirurgicale, sols etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Sécurisation de l'exercice | | |
| ☞ Port de vêtements spécifiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Port de lunettes de protection | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Port systématique de gants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Port de masque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Présence et utilisation de savon antiseptique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Présence et utilisation de solution hydroalcoolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Essuie-mains à usage unique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Déchets | | |
| ☞ Conteneur pour tranchants et piquants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Conteneur spécifique pour déchets d'activité de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Séparateur d'amalgame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Contrat d'élimination des déchets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Contrat d'élimination des déchets d'amalgame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CONDITIONS D'EXERCICE (suite)

| | OK | A revoir |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Radioprotection | | |
| ☞ Contrôle initial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Existence d'une PCR (Personne Compétente en Radioprotection) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Dosimètre pour le praticien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Affichage zone surveillée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Urgences | | |
| ☞ Trousse d'urgence Important : Vérifiez régulièrement les dates de péremption ! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Matériel d'oxygénothérapie Important : Bouteille d'O ₂ de moins de 5 ans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EMPLOYEUR - SALARIÉ

| | OK | A revoir |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Affichages obligatoires | | |
| ☞ <u>Dispositions du Code du Travail</u> (horaires, n° d'urgences etc. - cf. Modèle d'affiche en cliquant sur le lien suivant : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/Affichages_cdt_1_01.pdf) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ <u>Egalités professionnelle et de rémunération</u> + <u>Lutte contre le harcèlement</u> (Modèle d'affiche en cliquant sur le lien suivant : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/Affichages_cdt_2_01.pdf) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ <u>Lutte contre le tabagisme</u> Modèle d'affiche en cliquant sur le lien suivant : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/IP10_tabac.pdf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Vaccination du/des salarié(s) | | |
| ☞ Hépatite B (protection à faire vérifier par le médecin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Dosimètre radiologique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Qualification du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ASSURANCES DIVERSES

| | OK | A revoir |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Responsabilité Civile Professionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Incapacité de travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Perte d'exploitation en cas de destruction de matériel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ATTESTATION ET ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Docteur _____

Atteste par la présente que mon cabinet dentaire est en conformité au regard des normes énumérées dans le questionnaire ci-joint pour les points cochés « **OK** »

ET

M'engage à faire le nécessaire pour mettre mon cabinet dentaire aux normes en vigueur pour les points cochés « **A revoir** » soit :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Pour valoir ce que de droit,

Fait à _____,

Le _____.

Signature

Cachet du praticien