|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Liste de contrôle pour la supervision du dépistage du TT (durant la sensibilisation) | | |
| ****Lettres clés : S = Satisfaisant I = Insatisfaisant****  **Veuillez cocher (✔︎) les cases appropriées** | | |
| Sélection du (de la) patient(e) nécessitant une chirurgie du TT | **S** | **I** |
| Un ou plusieurs cils centraux touche(nt) le globe oculaire |  |  |
| Un ou plusieurs cils périphériques touche(nt) la cornée |  |  |
| Patient(e) atteint(e) du TT nécessitant un acte chirurgical |  |  |
| Preuve(s) de dommages cornéens dus au trichiasis |  |  |
| Historique et/ou preuve d’un précédent acte chirurgical du trichiasis |  |  |
| Gêne sévère due au trichiasis |  |  |
| Les éléments suivants ont-ils été exclus avant la chirurgie du TT ? | **S** | **I** |
| Problème de fermeture des paupières |  |  |
| Âge – Les enfants nécessiteront une anesthésie générale, donc une opération à l’hôpital |  |  |
| Mauvaise santé générale – Hypertension, diabète non contrôlé |  |  |
| Paupière inférieure – Doit être réalisé par un chirurgien TT hautement qualifié |  |  |
| Ceux qui sont allergiques aux anesthésies locales ou qui ont un historique concernant des soucis sanguins doivent être référés aux hôpitaux |  |  |
| Ceux qui ont de sérieuses infections de la paupière à traiter avant le premier acte chirurgical |  |  |
| Manque de coopération de la part du patient |  |  |
| Ceux qui ont déjà subi une opération du trichiasis sont immédiatement examinés par le professionnel le plus qualifié ou référés pour être examinés par le professionnel après s'être vus proposer une épilation avec une paire de pinces à épiler. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La bonne gestion des cas bilatéraux de TT (qui se présentent par eux-mêmes pour un acte chirurgical) | **S** | **I** |
| Enregistrement correct des données démographiques |  |  |
| Prises de notes correctes des historiques médicaux et des antécédents concernant les allergies |  |  |
| Documentation correcte à propos des examens physiques, notamment concernant la pression sanguine |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Liste de contrôle de la supervision du service de conseil du TT (durant la sensibilisation) | | |
| ****Lettres clés : S = Satisfaisant I = Insatisfaisant****  **Veuillez cocher (✔︎) les cases appropriées** | | |
| Informations correctes fournies aux cas atteints du TT avant de subir un acte chirurgical | **S** | **I** |
| Les patients ont reçu et se sont vus proposer des services avec respect et dignité sans aucune discrimination |  |  |
| Le(a) patient(e) a eu des explications sur le trichiasis et ses dangers |  |  |
| Le(a) patient(e) a eu des explications concernant la procédure (à propos de la paupière mais pas pour le globe oculaire, le(a) patient(e) ne sera pas endormi(e), la durée de l’injection : 15 à 30 min) |  |  |
| Le(a) patient(e) rentrera à son domicile le jour même |  |  |
| Le(a) patient(e) doit fournir un consentement éclairé |  |  |
| Le processus de communication comprend le temps nécessaire pour : répondre aux questions, rester alité, retourner au travail, communiquer avec les soignants |  |  |
| L’épilation est proposée aux patients atteints du TT qui refusent d’accepter l’acte chirurgical |  |  |
| Une paire de pinces à épiler est fournie aux patients qui refusent l’acte chirurgical et son utilisation leur est expliquée |  |  |
| Les informations correctes fournies aux cas atteints du TT après l’acte chirurgical | **S** | **I** |
| Explication au (à la) patient(e) concernant la durée du cache-œil |  |  |
| Explication au (à la) patient(e) concernant le moment de revenir pour subir un examen de routine |  |  |
| Explication au (à la) patient(e) concernant de possibles complications post-opératoires, quand et où aller le cas échéant |  |  |
| Explication au (à la) patient(e) concernant les soins oculaires post-opératoires |  |  |
| Il sera montré au (à la) patient(e) comment appliquer les médicaments ainsi que la fréquence de ces soins |  |  |
| Il sera indiqué au (à la) patient(e) quand reprendre le travail |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Liste de contrôle concernant les actes chirurgicaux du TT | | |
| ****Lettres clés : S = Satisfaisant I = Insatisfaisant****  **Veuillez cocher (✔︎) les cases appropriées** | | |
| Les procédures correctes préopératoires | **S** | **I** |
| Un examen correct des yeux (acuité visuelle, présence de comorbidités, etc…) |  |  |
| Un consentement a-t-il été signé ? |  |  |
| Les yeux sont-ils étiquetés en préopératoire ? |  |  |
| Les instruments nécessaires sont-ils stérilisés de manière appropriée ? |  |  |
| L’hygiène et la stérilité autour de la salle d’opération sont-elles bien maintenues ? |  |  |
| Le chirurgien s’assure-t-il que tous les consommables médicaux ainsi que l’équipement sont bien disponibles avant l’acte chirurgical. (Il a besoin d’une liste de contrôle des consommables et des instruments) |  |  |
| Les procédures intra-opératoires correctes | **S** | **I** |
| La conformité du personnel à la politique de sécurité et à la protection est élevée et surveillée régulièrement (ex : la prévention concernant l'exposition au VIH et à l'hépatite pendant les actes chirurgicaux) |  |  |
| Y a-t-il un nettoyage approprié concernant le chirurgien et les assistants (en utilisant notamment des couvre-chefs, des masques, des blouses, des gants et en procédant à un lavage approfondi) ? |  |  |
| Y a-t-il un positionnement correct du patient (hauteur de la table, position de la tête) et du chirurgien (position du fauteuil) ? |  |  |
| Y a-t-il un environnement chirurgical stérile concernant notamment l’ensemble des instruments et les chariots ? |  |  |
| Y a-t-il un éclairage correct ? |  |  |
| Y a-t-il des outils de grossissement corrects (utilisation de loupes binoculaires) ? |  |  |
| Y a-t-il une procédure correcte concernant le nettoyage et le drapage du (de la) patient(e) ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Les procédures intra-opératoires correctes (la suite) | **S** | **I** |
| La piqûre d’anesthésie se fait-elle de la bonne manière ? |  |  |
| Le(la) chirurgien(ne) a-t-il(elle) réalisé une anesthésie locale ? |  |  |
| La pince chirurgicale est-elle utilisée correctement ? |  |  |
| L’incision a-t-elle été faite correctement ? |  |  |
| La suture est-elle réalisée correctement ? |  |  |
| Le(la) chirurgien(ne) coche-t-il(elle) si la correction chirurgicale réalisée est satisfaisante ? |  |  |
| Le bandage de l’œil est-il en cours ? |  |  |
| Le(la) patient(e) est-il(elle) guidée hors de la salle d’opération ? |  |  |
| De la tétracycline et des analgésiques postopératoires sont-ils administrés ? |  |  |
| Si disponible dans le pays, de l'azithromycine orale postopératoire est-elle administrée immédiatement après l’acte chirurgical ? |  |  |
| Les instructions postopératoires sont-elles bien données ? |  |  |
| L’ensemble de l’acte chirurgical du (de la) patient(e) effectué est-il bien documenté ? |  |  |
| Les procédures postopératoires correctes (premier jour postopératoire) | **S** | **I** |
| Les patients sont-ils examinés au cours du premier jour postopératoire ? |  |  |
| Les yeux sont-ils nettoyés une fois que le bandage a été ouvert ? |  |  |
| Le(la) chirurgien(ne) regarde-t-il(elle) s’il y a des complications (infection, sur-correction, sous-correction, malformation de la marge de la paupière) ? |  |  |
| Des instructions correctes concernant le suivi sont-elles données ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Liste de contrôle concernant l’organisation du camp | | |
| ****Lettres clés : S = Satisfaisant I = Insatisfaisant****  **Veuillez cocher (✔︎) les cases appropriées** | | |
| Une bonne organisation de la main-d'œuvre lors de la sensibilisation (les gens font leur travail efficacement et en équipe) | **S** | **I** |
| Les enregistrements se font-ils de manière correcte ? |  |  |
| Le dépistage est-il efficace et efficient (voir la liste de contrôle du dépistage) ? |  |  |
| Les conseils sont-ils donnés de la bonne façon (voir la liste de contrôle des conseils) ? |  |  |
| La salle d’opération est-elle organisée de la bonne manière (voir la liste de contrôle chirurgical) ? |  |  |
| Y-a-t-il deux assistants chirurgicaux ou plus par chirurgien ? |  |  |
| Les chirurgiens et les assistants chirurgicaux travaillent-ils de façon efficace ? |  |  |
| Est-ce que quelqu'un est en charge de l'ensemble de l’organisation de la sensibilisation ? |  |  |
| L’équipement et les consommables appropriés tout au long de la sensibilisation | **S** | **I** |
| Toutes les fournitures pour les tests de vision et pour le dépistage sont-elles disponibles ? |  |  |
| Toutes les fournitures pour les enregistrements et les formulaires cliniques sont-ils disponibles ? |  |  |
| Toutes les fournitures chirurgicales, les tabourets, les tables, les médicaments, les instruments, l’équipement de stérilisation, les consommables sont-ils disponibles (voir les instruments et la liste de contrôle d’approvisionnement) |  |  |
| La bonne stérilisation | **S** | **I** |
| Y a-t-il eu un nettoyage correct des instruments ? |  |  |
| La désinfection a-t-elle été bien faite ? |  |  |
| Le rinçage a-t-il été bien fait ? |  |  |
| Le séchage a-t-il été bien fait ? |  |  |
| La procédure de stérilisation a-t-elle été bien suivie ? |  |  |
| Le ruban adhésif de stérilisation a-t-il été utilisé correctement ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La bonne organisation de l’espace au cours de la sensibilisation | **S** | **I** |
| Le lieu où se déroule la sensibilisation est-il accessible à la majorité des patients potentiels ? |  |  |
| L’ensemble du flux des patients est-il effectif et efficace ? |  |  |
| Les enregistrements se font-ils au bon endroit ? |  |  |
| Les examens se font-ils au bon endroit ? |  |  |
| Les conseils sont-ils donnés au bon endroit ? |  |  |
| Les actes chirurgicaux sont-ils réalisés au bon endroit ? |  |  |
| Le lieu est-il sécurisé ? |  |  |
| L'hébergement et les repas sont-ils organisés ? |  |  |
| Les autres affections oculaires sont-elles gérées ? |  |  |
| La bonne organisation pour la prévention et le contrôle de la COVID-19 | **S** | **I** |
| Existe-t-il des installations de lavage des mains appropriées pour le personnel et les patients à l'entrée du site de sensibilisation, près des toilettes et dans la salle d'opération ? |  |  |
| Y a-t-il des espaces désignés suffisamment aérés pour le triage, l'enregistrement, les conseils, les actes chirurgicaux et le réveil ? |  |  |
| Y a-t-il une personne désignée qui a la responsabilité de nettoyer la table d'opération entre les patients ? |  |  |
| Les instructions sur l'hygiène des mains, à propos de l'étiquette de la toux et sur la distance physique sont-elles clairement écrites et affichées à des endroits stratégiques sur le site de sensibilisation ? |  |  |
| Le personnel de sensibilisation porte-t-il l'équipement de protection de manière satisfaisante ? Ex : des masques médicaux, des écrans faciaux ou des lunettes de protection ? |  |  |
| Les patients confirmés comme étant atteints du TT portent-ils bien un masque ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. Liste de contrôle concernant la supervision des instruments, des consommables et des équipements | | |
| ****Lettres clés : S = Satisfaisant I = Insatisfaisant****  **Veuillez cocher (✔︎) les cases appropriées** | | |
| Les instruments appropriés sur le lieu de sensibilisation | **S** | **I** |
| Existe-t-il au moins trois ensembles d’instruments TT chirurgicaux complets par chirurgien ? |  |  |
| Chacun des composants de chaque ensemble est-il d’une qualité suffisante ? |  |  |
| La disposition des instruments sur le chariot est-elle correcte ? |  |  |
| Le stockage des instruments est-il correct ? |  |  |
| La fourniture appropriée des consommables | **S** | **I** |
| Y a-t-il assez de gants, de blouses, de masques et de bonnets chirurgicaux ? |  |  |
| Y a-t-il assez de seringues et d’aiguilles ? |  |  |
| Y a-t-il assez de matériel de suture ? |  |  |
| Y a-t-il assez de scalpels ? |  |  |
| Y a-t-il assez de compresses de gaze, d’anesthésique local et d’alcool à 70% ? |  |  |
| Y-a-t-il des quantités suffisantes d'antibiotiques (Zithromax et pommade oculaire à la tétracycline) et d'analgésiques ? |  |  |
| Existe-t-il de bonnes installations sanitaires et d'élimination des déchets pour le personnel, les patients et les soignants ? |  |  |
| Le bon équipement pour la sensibilisation | **S** | **I** |
| Des loupes binoculaires sont-elles disponibles et utilisées ? |  |  |
| Y a-t-il des lampes avec des piles et sont-elles utilisées ? |  |  |
| Y a-t-il un stérilisateur portable Autoclave ? |  |  |
| Y a-t-il des sources d’alimentation disponibles (ex : un générateur, des câbles d’extension, du fuel – de l’essence et des lubrifiants) ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. Liste de contrôle concernant la conservation des informations médicales | | |
| ****Lettres clés : S = Satisfaisant I = Insatisfaisant****  **Veuillez cocher (✔︎) les cases appropriées** | | |
| Conservation correcte des informations médicales au niveau de la communauté (les cas de TT dépistés) | **S** | **I** |
| Les infos sont-elles correctement enregistrées dans le registre (nom du (de la) patient(e), du père, du mari/de la femme, du grand-père, numéro de téléphone, âge, sexe, nom du village, chef de village, nombre de ménages visités, patients référés) ? |  |  |
| Les infos concernant les cas de TT confirmés sont-ils mis à jour dans le registre ? |  |  |
| Tenue correcte des registres concernant la sensibilisation | **S** | **I** |
| Existe-t-il des registres conservant les détails des rendez-vous chirurgicaux (qui a pratiqué l’acte chirurgical, quand) ? |  |  |
| Les registres de toutes les personnes ont-ils été bien gérés (ex : épilation incluse) ? |  |  |
| Heure d’arrivée sur le site chirurgical et heure de départ du site chirurgical |  |  |
| Tenue correcte des registres concernant les chirurgies du TT (et les résultats) |  |  |
| Les registres sont-ils bien complétés (notamment l’âge, le sexe, le refus, l’épilation, le suivi, les détails au niveau des résultats, qui a pratiqué l’acte chirurgical, les infos post-opératoires du TT, le granulome, etc…) |  |  |
| Les formulaires de consentement sont-ils remplis ? |  |  |
| Toutes les sections du formulaire d'évaluation préopératoire, intra-opératoire et postopératoire sont-elles bien remplies ? |  |  |