Engagement de l’établissement pour l’audit

Nom de l’établissement :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné(e)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Directeur de l’établissement ou son représentant, **souhaite bénéficier de l’audit croisé inter-établissement portant sur la prise en charge médicamenteuse au bloc opératoire.**

Je m’engage à respecter les modalités du projet :

* Autoriser la participation de 2 professionnels à un module de 1h30 de préparation à l’audit
* Recevoir les auditeurs missionnés pour ma structure, durant une journée pour réaliser l’audit et mettre à leur disposition les moyens nécessaires visés par le protocole d’audit.
* Autoriser deux auditeurs de mon établissement à auditer un autre établissement (cf. l’autorisation de déplacement ci-dessous).
* Réaliser en amont de la venue des auditeurs l’auto-évaluation.

Ce travail me permettra de dresser un état des lieux dans mon établissement, d’obtenir des indicateurs de comparaison avec les autres établissements participants de la région.

# Autorisation de déplacement de l’auditeur par l’établissement

**Autorisation de l’établissement dont dépend l’auditeur**

*Le Directeur de l’établissement désigne 2 représentants missionnés pour un audit croisé « Prise en charge médicamenteuse au Bloc » OMéDIT/Qual’Va. La Charte doit impérativement être signée par une personne habilitée.*

**J’autorise :**

* M./Mme (*nom de l’auditeur*) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* M./Mme (*nom de l’auditeur*) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**à assurer une mission d'auditeur dans un autre établissement participant à l'audit croisé « Prise en charge médicamenteuse au Bloc opératoire » auquel est inscrit ma structure.**

J'ai bien noté que, en contrepartie, un groupe d'auditeurs exercera cette mission dans mon établissement à titre gracieux.

Tampon de l’établissement Fait le

A

Signature du Directeur ou de son représentant

A retourner en pièce jointe du formulaire d’inscription avant **le 5 aout 2022.**

Pour toute difficulté, merci de contacter c.reynier@qualva.org