

Outil pour l'Analyse Situationnelle de l'Accès à la Chirurgie Essentielle et d'Urgence

Référence: WHO Integrated Management for Emergency & Essential Surgical Care (IMEESC) toolkit:

www.who.int/surgery

Objectif: Evaluer la disponibilité de l'EESC au sein des structures de santé disposant de moyens restreints.

Comme vous aurez compléter le formulaire, veuillez l'envoyer par courriel à cherianm@who.int ou par voie postale ou par fax adressé à: Dr Meena Cherian, Emergency & Essential Surgical Care project Clinical Procedures Unit, Department of Essential Health Technologies, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211, Geneva 27, Switzerland, Fax: 41 22 791 4836, www.who.int/surgery

Section A: Infrastructure

Pays *

Nom et n° de tel de la personne qui remplit la fiche

Email:

L'adresse électronique est au format "xxxx@yyyy.zzz"

Nom et n° de tel de la structure sanitaire *

Type de structure sanitaire Centre de Santé Hôpital de district Centre Hosp. Régional Hôpital Général Hôpital privé/ONG/mission

Population desservie par la structure sanitaire concernée (p.ex.: 100 000 ou 1 000 000)

Entrer une valeur numérique

	0	1	2	3-4	5-10	11-20	21-50	51-80	81-100	101-200	201-300	301-400	401-500	501-700	701-1'000	1'001-2'000	2'001-5'000	>5'000
Nombre de lits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre total d'admissions par an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre total des salles d'opération fonctionnelles (grandes et petites)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre de patients par an ayant subi une intervention chirurgicale majeure ou mineure (gynéco/obst inclus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre d'enfants de moins de 15 ans par an ayant subi une intervention chirurgicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre de patients par an que vous évacuez pour une intervention chirurgicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

vers une structure de plus haut niveau																		
Quelle distance (en km) un patient doit-il parcourir pour un traitement chirurgical dans votre structure?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous êtes dans l'impossibilité de fournir ces soins chirurgicaux, quelle distance (en km) ce patient doit-il parcourir pour un traitement chirurgical?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Toujours	Parfois	Non disponible
Disposez-vous d'oxygène en bonbonne ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'un concentrateur d'oxygène ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'eau courante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'électricité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'un groupe électrogène fonctionnel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'un appareil d'anesthésie fonctionnel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maintenez-vous des dossiers médicaux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'une salle pour les urgences?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'une salle pour le post-opératoire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous de consignes directives pour les urgences ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous de consignes directives pour la chirurgie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous de consignes directives pour l'anesthésie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous de consignes directives pour le soulagement de la douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'une banque de sang ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'un labo pouvant analyser hémoglobine et urine ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'une RX fonctionnelle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous d'un oxymètre de pouls fonctionnel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Section B: Ressources Humaines

	Nombre de personnel plein temps <input type="text"/>	Nombre de personnel temps partiel <input type="text"/>	Nombre certifiés/diplômés <input type="text"/>
Chirurgiens (qualifiés)	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>
Médecins anesthésistes (qualifiés)	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>

Obstétriciens / gynécologues (qualifiés)	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>
Médecins généralistes pratiquant la chirurgie	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>
Médecins généralistes pratiquant l'anesthésie	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>
Techniciens anesthésistes	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>
Infirmiers pratiquant la chirurgie	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>
Sages-femmes	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>	Entrer une valeur numérique <input type="text"/>

Section C: Interventions - Pratiquez-vous les interventions suivantes?

	Oui / Non	Les évacuez-vous ?	Évacuation due à un manque de savoir-faire	Évacuation due au non fonctionnement du matériel	Évacuation due à un manque de matériel/médicaments
Réanimation (voies respiratoires, hémorragie, pose d'une voie I.V., dénudation veineuse)	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cricothyroïdotomie / Trachéostomie	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mise en place d'un drain thoracique	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Extraction de corps étranger (gorge/œil/oreille/nez)	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Premiers soins à un brûlé	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Incision/drainage d'abcès	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suture (de plaies, épisiotomie, plaies du col et vaginale)	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Parage de plaie	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Césarienne	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dilatation et curetage gynéco/obstétrique	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cure de fistule vésico-vaginale	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Appendicectomie	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cure de hernie inguinale (étranglée/élective)	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hydrocèle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cystostomie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Dilatation de rétrécissement urétral	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Laparotomie (rupture utérine, grossesse extra-utérine, abdomen aigu, occlusion intestinale, perforation intestinale, traumatismes)	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Circoncision de la verge	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cure de hernie congénitale	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Chirurgie néonatale : défaut de la paroi abdominale, colostomie pour malformation anorectale, invaginations intestinales	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cure de fente palatine	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cure de pied bot	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Bride/greffe cutanée	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Traitement « fermé » (orthopédique) d'une fracture	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
Traitement « ouvert » (ostéosynthèse) d'une fracture	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Réduction d'une luxation	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Drainage d'une ostéomyélite/d'une arthrite septique	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Amputation d'un membre	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Biopsie (ganglion, tumeur, autres)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Ligature tubaire/vasectomie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Chirurgie de la cataracte	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Blocs anesthésiques locorégionaux	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Rachianesthésie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Anesthésie par kétamine I.V.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Anesthésie générale (par inhalation)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Section D: Matériel pour les urgences médico-chirurgicales et réanimation

Pour informations plus détaillées: OMS Outil GISCEU target="_blank" href="http://www.who.int/surgery/publications/imee WHO ETC guidelines

www.who.int/violence_injury_prevention/services; WHOEML www.who.int/medicines/publications

	0 absent	1 disponible avec ruptures fréquentes ou fonctionnant mal	2 disponibles pour tous les patients à tout temps
Dépenses principales			
Ballon de ventilation, valve, masque (adulte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ballon de ventilation, valve, masque (pédiatrique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Source d'oxygène: bonbonne/concentrateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masque et tubulure pour connexion à la source d'oxygène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stéthoscope	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Batteries pour lampe de poche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspirateur (manuel ou électrique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensiomètre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thermomètre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manche et lame de bistouri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecarteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciseaux droits 12cm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciseaux mousses 14cm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Canule de Guédel (taille adulte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Canule de Guédel (taille pédiatrique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pince de Kocher sans dents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pince hémostatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bassin réniforme (haricot) en inox	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flacon étanche avec solution à base d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gants stériles, taille de 6 à 8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gants à usage unique, petits, moyens, grands	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porte-aiguille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stérilisateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brosse à se brosser les mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spéculum vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sceau en plastic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tambour pour compresses stériles, bandes à pansement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Table d'examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matériel renouvelable			
Sonde d'aspiration n° 16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abaisse-langue en bois à usage unique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sondes naso-gastriques n° 10 à 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lampe de poche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trousse de perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cathéter IV n° 18, 22, 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiguille papillon pour scalp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seringues 2cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seringues 10cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiguilles à usage unique pour seringue, # 25, 21, 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récipient pour objets pointus et tranchants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresse stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandes stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruban adhésif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiguilles à suture (rondes, triangulaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fil de suture synthétique résorbable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attelles pour membre supérieur et inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champs opératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coton cardé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes urinaires à ballonnet # 12, 14, 18 avec sac à urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alèze en plastic pour table d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poubelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablier en plastic réutilisable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evier de salle d'opération pour se laver les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement complémentaire pour travailleurs de la santé plus spécialisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pince de Magyll (pédiatrique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pince de Magyll (adulte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes d'intubation sans ballonnet n° 3 à 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes d'intubation à ballonnet n° 5.5 à 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flacons de perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel pour insertion d'un drain thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poignée de laryngoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lames de laryngoscope (adulte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lames de laryngoscope (pédiatrique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampoules et piles de réserve pour laryngoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Set pour trachéostomie			

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Envoyer le formulaire