

# Enquête sur les services de stérilisation en Suisse



## Etablissement

### 1. Statut de l'établissement:

- Privé  
 Public  
 Universitaire

### 2. Nombre (nbre) de lits:

- Moins de 200  
 De 200 à 500  
 Plus de 500

### 3. Organisation de l'établissement:

- Sur un site  
 Sur plusieurs sites  
 Si sur plusieurs sites, nbre de sites: \_\_\_\_\_

### 4. Nbre de salles d'opérations: \_\_\_\_\_

### 5. Organisation du bloc opératoire:

*Programme électif*

- Oui  
 Non

*Urgences*

- Oui  
 Non

### 6. Nbre de service(s) de stérilisation:

*Réparti(s) sur*

- Sur un site  
 Sur plusieurs sites  
 Si plusieurs sites, nbre de sites: \_\_\_\_\_

### Si pas de service de stérilisation, fin du questionnaire

### 7. Le service de stérilisation est-il certifié:

- Oui  
 Non

Si oui, nom de la société chargée de la certification: \_\_\_\_\_

### 8. Le service assure-t-il des prestations pour des tiers:

- Oui  
 Non

### 9. Rattachement du service dans l'organigramme de l'hôpital:

- Direction  
 Service des soins  
 Bloc opératoire  
 Autre

Si autre, préciser: \_\_\_\_\_

### 10. Effectif total du service:

Nbre EPT (Equivalence Plein Temps): \_\_\_\_\_

## Salaire + Formation et Compétences

### 11. Salaire annuel brut en CHF:

*Débutant*

Mini: \_\_\_\_\_

Maxi: \_\_\_\_\_

*Expérimenté (niveau 1)*

Mini: \_\_\_\_\_

Maxi: \_\_\_\_\_

*Cadre intermédiaire (niveau 2)*

Mini: \_\_\_\_\_

Maxi: \_\_\_\_\_

*Responsable*

Mini: \_\_\_\_\_

Maxi: \_\_\_\_\_

### 12. Formation (Métier) du responsable de la stérilisation:

- Niveau 1  
 Niveau 2  
 Niveau 3  
 Aucune  
 Autre

Si autre, préciser: \_\_\_\_\_

### 13. Formation (Management) du responsable de la stérilisation:

- Oui  
 Non

Si oui, laquelle: \_\_\_\_\_

### 14. Formation des collaborateurs:

- Niveau 1 (Nbre de personnes):  
 Niveau 2 (Nbre de personnes):  
 Niveau 3 (Nbre de personnes):  
 Autre (Nbre de personnes):

Si autre, préciser: \_\_\_\_\_

### 15. Existe-t-il un cahier des charges pour:

*Le responsable*

- Oui  
 Non

*Les collaborateurs*

- Oui  
 Non  
 Autre

Si autre, préciser: \_\_\_\_\_

### 16. Horaires d'ouverture en semaine du service:

De: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

### 17. Durée du travail hebdomadaire en heures:

\_\_\_\_\_

### 18. Nbre de jours de vacances pour les moins de 50 ans:

\_\_\_\_\_

### 19. Implication du personnel du bloc dans le travail de la stérilisation:

- Oui  
 Non

Si oui, à quel moment de la journée: \_\_\_\_\_

Si oui, combien d'heures par jour:

---



---

### Transport

#### 20. Le transport des DM (Dispositifs Médicaux) souillés vers la stérilisation est effectué par:

*Les collaborateurs*

- Oui  
 Non

*Autre*

- Oui  
 Non

Si oui, préciser:

---

#### 21. Le transport des DM stériles depuis la stérilisation est effectué par:

*Les collaborateurs*

- Oui  
 Non

*Autre*

- Oui  
 Non

Si oui, préciser:

---

### Lavage et désinfection

#### 22. Une pré-désinfection est-elle effectuée:

*Sur le lieu d'utilisation*

- Oui  
 Non

*A la stérilisation*

- Oui  
 Non

#### 23. Combien de laveurs-désinfecteurs (LD) possédez-vous:

Capacité en paniers DIN:

---

#### 24. Vos LD sont-ils validés:

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence:

---

#### 25. Effectuez-vous des contrôles de routine sur vos LD:

- Oui  
 Non

Si oui, lesquels:

---

Si oui, à quelle fréquence:

---

#### 26. Avez-vous un contrat d'entretien pour vos LD:

- Oui  
 Non

Die SpitalSTS AG (Spitäler Thun, Zweisimmen, Saanen und Klinik Erlenbach) hat sich als regionales Spitalzentrum positioniert. Unsere auf allen Stufen gut ausgebildeten und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleisten eine optimale Dienstleistung für die Bevölkerung des gesamten Einzugsgebietes der vier Spitalstandorte. Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir eine/n

## Techn. Sterilisations- assistent/in



Thun • Zentrale Sterilgutversorgungs-  
Abteilung

### Pensum 80 - 100%, Eintritt nach Vereinbarung

Ihr Tätigkeitsgebiet umfasst die Aufbereitung aller Instrumente für die Operationsabteilung und Mehrwegartikel im Spital Thun und der Klinik Erlenbach.

Sie verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung als Techn. Sterilisationsassistent/in STE I / STE II und gute PC-Kenntnisse. Wir wünschen uns eine teamfähige, flexible und belastbare Persönlichkeit, die bereit ist im Schichtdienst (Schwerpunkt Abenddienste) und im Turnus auch an Wochenenden zu arbeiten.

Eine offene kunden- und mitarbeiterorientierte Zusammenarbeit über alle Bereiche, ein breiter Handlungsspielraum in einer freundlichen Arbeitsatmosphäre, zukunftsweisende Personalregelungen (GAV) und gute Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, sind weitere attraktive Elemente unseres Stellenangebotes.

Über weitere Vorzüge unseres Stellenangebotes orientiert Sie gerne Frau Ch. Baumgartner, Telefon 033 226 27 85. Ihre Bewerbung richten Sie bitte unter dem Kennwort «ZSVA» an:

### Spital STS AG

Human Resources • Krankenhausstrasse 12 • CH-3600 Thun  
Telefon: 033 226 26 26 • Telefax: 033 226 22 55  
personaldienst@spitalstsag.ch • www.spitalstsag.ch

**Emballage****27. Possédez-vous des thermosoudeuses:**

- Oui  
 Non

Si oui, combien: \_\_\_\_\_

*Calibration annuelle*

- Oui  
 Non

*Contrat d'entretien*

- Oui  
 Non

**28. Possédez-vous une thermoformeuse:**

- Oui  
 Non

**Stérilisation****29. Quel est votre volume de stérilisation à la vapeur d'eau en nbre d'UTS (Unité Technique de Stérilisation) sur 1 année:****30. Combien de stérilisateur à vapeur possédez-vous:**

Capacité totale en UTS: \_\_\_\_\_

**31. Vos stérilisateur à vapeur sont-ils validés:**

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence: \_\_\_\_\_

**32. Avez-vous un contrat d'entretien pour vos stérilisateur à vapeur:**

- Oui  
 Non

**33. Combien de stérilisateur à OE (Oxyde d'Éthylène) possédez-vous:**

Capacité totale du volume stérilisé en m<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

*Si aucun stérilisateur à OE, passez à la question 36*

**34. Vos stérilisateur à OE sont-ils validés:**

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence: \_\_\_\_\_

**35. Avez-vous un contrat d'entretien pour vos stérilisateur à OE:**

- Oui  
 Non

**36. Combien de stérilisateur au VH<sub>2</sub>O<sub>2</sub> possédez-vous:**

Capacité totale du volume stérilisé en m<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

*Si aucun stérilisateur au VH<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, passez à la question 39*

**37. Vos stérilisateur au VH<sub>2</sub>O<sub>2</sub> sont-ils validés:**

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence: \_\_\_\_\_

**38. Avez-vous un contrat d'entretien pour vos stérilisateur au VH<sub>2</sub>O<sub>2</sub>:**

- Oui  
 Non

**39. Combien de stérilisateur au formaldéhyde possédez-vous:**

*Si aucun stérilisateur au formaldéhyde, passez à la question 42*

**40. Vos stérilisateur au formaldéhyde sont-ils validés:**

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence: \_\_\_\_\_

**41. Avez-vous un contrat d'entretien pour vos stérilisateur au formaldéhyde:**

- Oui  
 Non

**42. Utilisez-vous un autre procédé de stérilisation:**

- Oui  
 Non

Si oui, lequel: \_\_\_\_\_

**43. Quelle est la fréquence du test B&D (Bowie Dick):**

- Quotidienne  
 Hebdomadaire  
 Autre

Si autre, précisez: \_\_\_\_\_

**Réparation et stock****44. L'envoi pour réparation d'un DM endommagé est faite par:**

- Le bloc opératoire ou le service  
 La stérilisation

**45. Le stock de matériel stérile est situé:**

- A la stérilisation  
 Au bloc opératoire  
 Dans les services  
 Ailleurs

Si ailleurs, précisez: \_\_\_\_\_

**Différents contrôles****46. Existe-t-il un sas pour entrer dans la zone de conditionnement du matériel:**

- Oui  
 Non

**47. La zone de conditionnement est-elle qualifiée ISO8:**

- Oui  
 Non

**48. Quels sont les contrôles qui sont effectués dans cette zone:**

*Air*

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence: \_\_\_\_\_

*Microbiologique*

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence: \_\_\_\_\_

**49. La qualité de l'eau est-elle contrôlée:**

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence: \_\_\_\_\_

**50. La qualité de la vapeur est-elle contrôlée selon la norme EN285:**

- Oui  
 Non

Si oui, à quelle fréquence: \_\_\_\_\_

**Documentation et traçabilité****51. Le processus est-il documenté (Procédure et instructions de travail):**

- Oui  
 Non

**52. Avez-vous une documentation de charge:**

- Oui  
 Non

Si oui, laquelle: \_\_\_\_\_

**53. Avez-vous un système de traçabilité:**

- Oui  
 Non

Si oui, lequel: \_\_\_\_\_

**SSSH****54. Connaissez-vous la SSSH:**

- Oui  
 Non

**55. Êtes-vous membre de la SSSH:**

- Oui  
 Non