**Fiche de recensement des appareils de protection respiratoire (APR) dans le cadre des précautions « AIR »**

**(Merci de documenter 1 seul questionnaire par établissement)**

**Etablissement** : *indiquer le nom de l'hôpital et l'adresse postale*

**Statut :** Privé [ ]  Public [ ]  Privé participant au service public [ ]

**Fiche documentée par :** *Nom/prénom* Fonction : *Préciser* Téléphone : *Préciser*

**Référencer UNIQUEMENT les masques de protection respiratoire (FFP1, FFP2, FFP3), pas les masques chirurgicaux, 1 référence par ligne**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modèle APR** | **Fabricant1** **(nom et coordonnées)** | **Nom – référence APR2** | **Classe APR** | **Nombre de taille(s) disponibles** | **Unités commandées** **2017** |
|  | *Préciser* |  *Préciser* |  |  |  *Préciser* |
|  |  *Préciser* |  *Préciser* |  |  |  *Préciser* |
|  |  *Préciser* |  *Préciser* |  |  |  *Préciser* |
|  |  *Préciser* |  *Préciser* |  |  |  *Préciser* |
|  |  *Préciser* |  *Préciser* |  |  |  *Préciser* |
|  |  *Préciser* |  *Préciser* |  |  |  *Préciser* |

1. *Si vous n’avez pas les coordonnées du fabricant merci d’indiquer les coordonnées de votre fournisseur (adresse, mail, Tel, site Web)*
2. *Nom et/ou Référence figurant sur la boîte*

**Quel service commande ces masques dans votre établissement :**

Lingerie [ ]  Pharmacie [ ]  Service clinique [ ]  Equipe Hygiène [ ]  [ ]  Autre : *Préciser*

**Réalisez vous des tests d’ajustement type « Fit Test » ?** (et non « Fit Check ») :  [ ]  Oui  [ ]  Non

**Commentaires :** *Indiquer vos remarques concernant les modèles disponibles, les difficultés rencontrées ...*