

Fiche de poste de travail: Accoucheuse		Fiche N° /		/ rev.	
Utilisateur:					
Nom: _____					
Prénom: _____					
Adresse: _____					
Service Externe PRT: _____					
Description de la fonction					
Examiner les nouveaux équipements de travail utilisés.					
Évaluer l'état de santé des femmes, à les conseiller et assister durant le cycle de la maternité, en tenant compte des besoins des personnes, de leurs proches et de leur entourage à une échelle à une autre femme.					
Assurer la surveillance médicale des femmes en fonction de leur situation.					
Identifier les situations à risque et pathologiques et se référer à l'équipe médicale. Collaborer avec cette équipe et assister le traitement médical avec compétence.					
Donner les soins individualisés et complis à l'enfant nouveau-né. Faire une hygiène corporelle appropriée de la mère quant à la puériculture et l'éducation de l'enfant.					
Tenir un registre de suivi des femmes, mais encore au sein de leur famille et de leur communauté.					
Tenir un registre de suivi des femmes, mais encore au sein de leur famille et de leur communauté.					
Résultat de l'évaluation des risques					
risques de contamination/virus bactériens, mycoses et parasitaires					
Agression au bébé					
Mantien manuel de patients					
Mesures de prévention					
Bonne hygiène des mains et des mesures préventives habituelles afin de maîtriser le risque de contagion. Utilisation de désinfectants pour les mains, gants, masque respiratoire, lunettes de protection et blouses de fonction des risques. Afin d'éviter le risque de piqûres, utilisation systématique de ciseaux à aiguilles et ramassage des aiguilles. En cas de piqûre, une bonne procédure de gestion des déchets doit être mise en œuvre. Éviter le contact de sang du patient, surtout une prise de sang via le service des urgences de votre hôpital et/ou le service de soins infirmiers de votre établissement. Éviter les piqûres lors des prélèvements des patients sous votre responsabilité.					
Formateur interne:					
Prénom, nom: _____					
N° de téléphone: _____					
de tel: _____					
Service Externe PRT: Mensura					
Qualification: _____					
Surveillance de santé obligatoire					
Code		Risque et		Surveillance de	
catégorie		catégorie		santé	
Périodicité					
- infectieux					
- pharyngite chronique ou subaiguë					
- pharyngite		hépatite AB		3d/1/ vaccination: (une unique > 10E = 10 ⁶ UFC) à titre antilésionnel à vie	
5.1.033		bactéries		vaccination	
5.1.032		tuberculose		surveillance de santé: (interdiction de travail pendant 4 ans après virage chondrodermo)	
5.1.031		autres agents de fonction de l'analyse des		surveillance de santé	
1.20		autres comparés		surveillance de santé: x	
2.2.1.2		sévères, dérangés		surveillance de santé	
2.2.1.8		bax		surveillance de santé	
agent chronique qui peuvent occasionner des situations critiques					
agent chronique qui peuvent occasionner des maladies par inhalation					
5.3		manutention manuelle		surveillance de santé (orthopédique et psychosociale de santé)	
5.3		de charges		surveillance de santé (orthopédique et psychosociale de santé)	
5.3		charges		surveillance de santé	
5.3		psychosociales		surveillance de santé	
Prévention de la maternité					
Risque					
Mantien manuel de patients					
Hépatite B					
Ecartement à pas étroits					
Pas d'opération sans équilibre					
Circuits aggraves précaires: TIC, cytométrie, radiologie, parovirus					
Circuits aggraves précaires: TIC, cytométrie, radiologie, parovirus					
Charges psychosociales					
Aider à la charge de travail					
Travail de nuit					
Consulter le médecin du travail en cas de problème. La réalisation est en droit de refus si le travail de nuit portait les 8 derniers semaines de la grossesse					
Avis du Comité pour la prévention et protection au travail (dano):					
Avis de Comité pour la prévention et protection au travail (dano):					

Avis du Médecin du Travail utilisateur (dano):	
Accusé de réception par l'utilisateur ou un membre de la ligne téléphonique (art. 11 M.B.2012/2010)	
Utilisateur - Nom et signature	Prénom, Nom et Fonction :
Date:	Date accrue:
Prénom - Nom et signature	Signature
Date	

légende - s'examiner s'ilou vaccination est d'application