

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2016



Identité visuelle de l'établissement

Identification du patient

Étiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

Bloc : Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur(s) *check-list* :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- 1 L'identité du patient est correcte Oui Non*
 L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal Oui Non*
 N/A
- 2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés :
 idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique Oui Non*
 la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle Oui Non*
- 3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient Oui Non*
- 4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) Oui Non*
 N/A
- 5 L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient
 pour la partie chirurgicale Oui Non*
 pour la partie anesthésique Oui Non*
Acte sans prise en charge anesthésique N/A
- 6 Le patient présente-t-il un :
 risque allergique Non Oui*
 risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque Non Oui*
 risque de saignement important Non Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision

- 7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE
 identité patient confirmée Oui Non*
 intervention prévue confirmée Oui Non*
 site opératoire confirmé Oui Non*
 installation correcte confirmée Oui Non*
 documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) Oui Non*
 N/A
- 8 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (*time-out*)
 sur le plan chirurgical Oui Non*
(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)
 sur le plan anesthésique Oui Non*
Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.] N/A
- 9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement Oui Non*
 N/R
 La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement Oui Non*
 N/A



ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- 10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
 de l'intervention enregistrée Oui Non*
 du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. Oui Non*
 N/A
 de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. Oui Non*
 N/A
 si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Oui Non*
 N/A
Si aucun évènement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A
- 11 Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient Oui Non*

DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la *check-list* a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL