

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Identification du patient

Étiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1	<p>Identité du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> le patient a déclaré son nom, sinon, <i>par défaut</i>, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	<p>L'intervention et site opératoire sont confirmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>idéalement</i> par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	<p>Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
4	<p>Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour la partie chirurgicale pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	<p>Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> allergie du patient risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Temps de pause avant incision	
6	<p>Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> identité patient correcte intervention prévue confirmée site opératoire correct installation correcte documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	<p>Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	<p>Antibioprophylaxie effectuée</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R

APRÈS INTERVENTION	
Pause avant sortie de salle d'opération	
9	<p>Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> de l'intervention enregistrée, du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	<p>Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R
<p>En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie</p>	
<p>Abréviations utilisées : C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé</p>	



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires

Adaptée de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé « WHO Surgical Safety Checklist », <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008'