Nom : fzzef
Prénom : zefzefz
Date de naissance : efze

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2016

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Bloc :
Salle : Salle1
Date d'intervention : 15/06/16
Heure (début) : 12:00
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* ☐ N/A
risque de **saignement** important — ☒ Non ☐ Oui*

Le rôle du coordonnateur *check-list* sous la responsabilité du(es) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la *check-list* que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.

N/A : quand le critère est **Non Applicable** pour cette intervention
N/R : quand le critère est **Non Recommandé** pour cette intervention

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* ☐ N/A
Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]

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 *

ceci est un commentaire

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