

# 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                               | <b>Identité du patient :</b><br>• 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                               | <b>L'intervention et site opératoire</b> sont confirmés :<br>• <i>idéalement</i> par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| 3                               | Le mode d' <b>installation</b> est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A   |
| 4                               | Le <b>matériel</b> nécessaire pour l'intervention est vérifié :<br>• pour la partie <b>chirurgicale</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• pour la partie <b>anesthésique</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| 5                               | Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :<br>• <b>allergie</b> du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• <b>risque d'inhalation</b> , de difficulté d'intubation ou de <b>ventilation</b> au masque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• risque de <b>saignement</b> important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

| AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE |  |
|---------------------------------|--|
| Temps de pause avant incision   |  |
| 6                               | Vérification « <i>ultime</i> » croisée au sein de l'équipe<br>• <b>identité</b> patient correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• <b>intervention</b> prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• <b>site opératoire</b> correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• <b>installation</b> correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• <b>documents nécessaires</b> disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A |
| 7                               | Partage des <b>informations essentielles</b> dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention<br>• <b>sur le plan chirurgical</b> (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• <b>sur le plan anesthésique</b> (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| 8                               | <b>Antibioprophylaxie</b> effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R   |

| APRÈS INTERVENTION  |  |
|---|--|
| Pause avant sortie de salle d'opération                         |  |
| 9   | Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :<br>• de l' <b>intervention</b> enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>• du <b>compte</b> final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A<br>• de l' <b>étiquetage</b> des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A<br>• du signalement de <b>dysfonctionnements</b> matériels et des <b>événements indésirables</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 10  | Les <b>prescriptions</b> pour les <b>suites opératoires</b> immédiates sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R   |
| En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie |  |



Abréviations utilisées :  
 C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

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'