

CHECK-LISTE OPERATOIRE

Etiquette patient

Date op.:

	UNITE		Entrée bloc
	Chirurgien pour urgences	Infirmière	Pers. d'accueil
IDENTIFICATION			
Identité + bracelet d'identification	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 18
Intervention et sa latéralisation si objet	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 19
Marquage du site op. au feutre noir indélébile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SO 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SO 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SO 20
DOSSIER PATIENT	Sign. 22	Sign. 23	
Dossier médical		<input type="checkbox"/> 7	
Demande d'admission et de planification opératoire estampillée		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> URG 8	
Résultats complémentaires (demandes tardives)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SO 9	
Feuille d'anesthésie		<input type="checkbox"/> 10	
Dossier infirmier		<input type="checkbox"/> 11	
Plaquette d'identification patient		<input type="checkbox"/> 12	
PREPARATION		Sign. 25	
Patient à jeun		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 13	
Contrôle de l'hygiène (et de la dépilation si objet)		<input type="checkbox"/> 14	
Prothèses, bijoux et piercing retirés		<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 21
Prémédication (après vérification du marquage)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SO 16	
Identification et réfection lit		<input type="checkbox"/> 17	
		Sign. 26	Sign. 27

Remarques (signées):

SALLE D'OPERATION

▶▶▶ AVANT L'INDUCTION ▶▶▶

▶▶ PAUSE AVANT L'INCISION ▶▶

▶▶▶▶ AVANT LA SORTIE ▶▶▶▶

28	Le patient confirme <input type="checkbox"/> son identité, l'intervention et latéralité si objet
29	La demande d'admission et de planification <input type="checkbox"/> opératoire originale signée concorde avec le point précédant (si URG. cocher <input type="radio"/>)
30	Le site opératoire est marqué <input type="checkbox"/> (sans objet cocher <input type="radio"/>)
31	Les procédures de vérification du matériel anesthésique sont effectuées <input type="checkbox"/>
32	Le matériel chirurgical est complet <input type="checkbox"/> (implants)
33	Le patient présente: une intubation difficile <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, le personnel et le matériel sont présents
34	une allergie connue <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, l'équipe opératoire est informée
35	un risque de pertes sanguines > 500 ml (7 ml / kg chez l'enfant) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, accès veineux et fluides adaptés
Sign. Méd. ou inf. anesthésiste	
53	

36	<input type="checkbox"/> Identité connue des intervenants
37	Le circulant décline l'identité du patient et le titre de l'intervention (latéralité si objet) <input type="checkbox"/> validation verbale par chacun
38	<input type="checkbox"/> Installation correcte
39	Événements critiques anticipés <input type="checkbox"/> Le chirurgien présente les étapes critiques ou imprévues de l'intervention, sa durée, le risque hémorragique
40	<input type="checkbox"/> L'équipe d'anesthésie signale s'il y a des préoccupations particulières pour le patient
41	<input type="checkbox"/> L'instrumentiste confirme le contrôle de stérilité (indicateurs), signale toutes préoccupations liées au matériel
42	<input type="checkbox"/> Prophylaxie antibiotique administrée au cours des 60 dernières minutes (sans objet cocher <input type="radio"/>)
43	<input type="checkbox"/> Imagerie indispensable est visible (sans objet cocher <input type="radio"/>)
Sign. Circulant	
54	

44	Le circulant valide verbalement, avec le chirurgien et l' instrumentiste :	
45	<input type="checkbox"/> le compte de compresses et d'instruments (sans objet cocher <input type="radio"/>)	
46	<input type="checkbox"/> le nbre. et l'identification des prélèvements (sans objet cocher <input type="radio"/>)	
47	<input type="checkbox"/> les problèmes de matériel (sans objet cocher <input type="radio"/>)	
48	L'opérateur <input type="checkbox"/> confirme le titre de l'intervention et l'inscrit	
49	<input type="checkbox"/> complète la feuille d'ordre	
50	<input type="checkbox"/> transmet verbalement d'éventuelles préoccupations (sans objet cocher <input type="radio"/>)	
51	Le médecin anesthésiste <input type="checkbox"/> complète la feuille d'ordre	
52	<input type="checkbox"/> transmet verbalement d'éventuelles préoccupations (sans objet cocher <input type="radio"/>)	
Signatures validant		Inf anesth
les items respectifs		55
Instrumentiste	56	Circulant
Chirurgien	58	57
		Méd. Anesthésiste
		59

Remarques(signées):