

# CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉATOIRE »

Version 2018

## « Vérifier ensemble pour décider »

Identification du patient

Étiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

### AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'identité du patient est correcte</li> <li>■ L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A   |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'intervention et le site opératoire sont confirmés :</li> <li>■ idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique</li> <li>■ la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*   |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*   |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A   |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient</li> <li>■ pour la partie chirurgicale</li> <li>■ pour la partie anesthésique</li> </ul> <p>Acte sans prise en charge anesthésique</p> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A   |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le patient présente-t-il un :</li> <li>■ risque allergique</li> <li>■ risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque</li> <li>■ risque de saignement important</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* |

Le rôle du coordonnateur de la check-list, aidé par le(s) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention, est de cocher les items de la check-list : 1. si la vérification a bien été effectuée, 2. si la vérification 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 motivée.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE</li> <li>■ identité patient confirmée</li> <li>■ intervention prévue confirmée</li> <li>■ site opératoire confirmé</li> <li>■ installation correcte confirmée</li> <li>■ documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out)</li> <li>■ sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)</li> <li>■ sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.])</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A   |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement</li> </ul> <p>La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement</p>  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/R<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A   |

### → DÉCISION FINALE

GO = OK pour incision

NO GO = Pas d'incision !

Si No Go : conséquence sur l'intervention ?  Retard    Annulation

Bloc : ..... Salle : .....

Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....

Chirurgien « intervenant » : .....

Anesthésiste « intervenant » : .....

Coordonnateur(s) check-list : .....

### APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :</li> <li>■ de l'intervention enregistrée</li> <li>■ du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc.</li> <li>■ de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.</li> <li>■ si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ?</li> </ul> <p>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A</p> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> N/A |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*   |

Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un \*

### 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.

### 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