

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Version 2013

Établissement :
Date endoscopie : Heure (début) :
Gastro-entérologue :
Anesthésiste / IADE :
Coordonnateur check-list :

La check-list a pour but de vérifier, de manière croisée au sein de l'équipe, que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.

Le [coordonnateur check-list](#) est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le gastro-entérologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)

- | | |
|---|--|
| 1 L'identité du patient est correcte : <ul style="list-style-type: none">le patient a décliné son identité, sinon, <i>par défaut</i>, autre moyen de vérification de son identité ☐ Oui ☐ Non | 5 Le patient est à jeun
☐ Oui ☐ Non |
| 2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier
☐ Oui ☐ Non | 6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues
☐ Oui ☐ Non
☐ Non applicable |
| 3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel : <ul style="list-style-type: none">pour la partie endoscopiquepour la partie anesthésique ☐ Oui ☐ Non
☐ Oui ☐ Non
☐ Non applicable | 7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment : <ul style="list-style-type: none">la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ;toute autre co-morbidité identifiée. ☐ Oui ☐ Non
☐ Non applicable |
| 4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre <i>si besoin</i> , des mesures adéquates. Le patient présente-t-il : <ul style="list-style-type: none">un risque allergiqueun risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masqueun risque de saignement important ☐ Oui ☐ Non
☐ Oui ☐ Non
☐ Oui ☐ Non | 8 L' antibioprophylaxie est effectuée
☐ Oui ☐ Non
☐ Non indiquée |
| | 9 Patient suspect ou atteint d'EST (en cas de réponse positive, l'endoscopie doit être considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC et il convient de se référer aux procédures en cours dans l'établissement en lien avec l'Instruction n°DGS/R13/2011/449)
☐ Oui ☐ Non |

APRÈS L'ENDOSCOPIE

- | | |
|--|--|
| 10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe du renseignement et de l'identification des prélèvements éventuels | ☐ Oui ☐ Non
☐ Non applicable |
| 11 Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe | ☐ Oui ☐ Non |

En cas d'événement porteur de risque identifié lors du renseignement de la check-list, précisez la décision choisie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....