

Liste de contrôle «Sécurité chirurgicale»

1 SIGN IN

Avant induction de l'anesthésie

avec au moins l'équipe d'anesthésie

Vérification (et confirmation par le patient)

- Identité:** nom, prénom, date de naissance
- Type d'intervention**
- Site opératoire**
- Technique d'anesthésie prévue**
- Information donnée au patient – Consentement** (chirurgie et anesthésie)

Vérification du marquage

(dossier à l'appui, si possible avec la participation du patient)

- Marquage non exigé selon directive interne

Vérification et confirmation de la sécurité

anesthésique (matériel d'anesthésie, matériel respiratoire, monitoring tel que ECG, oxymètre de pouls, pression artérielle et médicaments)

Risques spécifiques au patient

Allergie connue?

- Non
- Oui (préciser)

Intubation difficile/risque de bronchoaspiration élevé?

- Non
- Oui, et équipement / assistance disponibles

Risque de perte sanguine >500 ml?

(7ml/kg en pédiatrie)

- Non
- Oui, et accès intraveineux et liquides en suffisance prévus

- Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte**

2 TEAM TIME OUT

Avant incision de la peau

avec l'équipe technique et infirmière, l'équipe d'anesthésie, l'opérateur et les autres intervenants

- Présentation des membres de l'équipe** (nom et fonction)

Validation par tous les membres présents ou par les groupes professionnels concernés

- Identité:** nom, prénom, date de naissance
- Type d'intervention**
- Site opératoire** (marquage)
- Installation correcte**

Vérification de la prophylaxie antibiotique

- administrée dans les temps (en règle générale dans les 60 minutes précédant l'incision)?
- en cas de besoin, antibiotique prêt pour une nouvelle administration peropératoire?
- non indiquée

Anticipation d'événements critiques potentiels

Equipe d'anesthésie

- Risques spécifiques au patient**

Opérateur

- Etapes critiques ou inhabituelles**
- Durée de l'intervention**
- Perte sanguine anticipée**

Equipe technique et infirmière

- Confirmation de la stérilité** (instruments, matériel; avec les résultats des indicateurs)
- Remarques concernant le matériel ou autres problèmes**

Documents d'imagerie (radiographie, échographie, IRM, etc.) correspondant au patient et affichés correctement

- disponibles
- sans objet

Implants adéquats

- à disposition/disponibles en salle
- sans objet

3 SIGN OUT

Avant la sortie de l'opérateur

avec l'équipe technique et infirmière, l'opérateur et l'anesthésiste

- Confirmation des actes chirurgicaux effectués**

Confirmation

- Décompte correct des instruments, compresses, aiguilles, etc.**
- sans objet
- Etiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance avec les formulaires et les récipients de laboratoire** (description, nom, prénom et date de naissance)
- sans objet

Problèmes de matériel?

- Non
- Oui (préciser)

Opérateur, anesthésiste et équipe technique et infirmière

- Information sur les aspects principaux à prendre en compte pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient**