



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

Identification du patient (*Nom, prénom, date de naissance*)

Région :

Structure :

Bloc :

Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant »

Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> </ul>
2	L'intervention et le site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> <li>idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> </ul>
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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> </ul>
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) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>
5	L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> <li><i>Acte sans prise en charge anesthésique</i></li> </ul>
6	Le patient présente-t-il un : <ul style="list-style-type: none"> <li>risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> <li>risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> N/A</li> <li>risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> </ul>

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.

N/A : Non Applicable pour cette intervention ; N/R : Non Recommandé pour cette intervention

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), Infirmier (s) <ul style="list-style-type: none"> <li>identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>
8	Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out) <ul style="list-style-type: none"> <li>sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</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.]) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> <li>La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>

## → DÉCISION FINALE

GO = OK pour incision

NO GO = Pas incision!

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

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

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

Coordonnateur CL

