

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

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

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

Version 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

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' <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>
2	L'intervention et le site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>idéalement</i> 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	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'
4	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
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> </ul> <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>
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'</li> <li>■ risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui'</li> </ul>

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), IADE-IBODE/IDE <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 (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	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/R 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

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' <input type="checkbox"/> N/A</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	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'

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.

→ DÉCISION FINALE

GO = OK pour incision  
 NO GO = Pas d'incision !

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

**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

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.

# Plan



- La sécurité au bloc opératoire
- La *check-list* : un outil simple et efficace
- Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » (V2018)
- Principe et objectifs de la *check-list*
- Éléments de succès de sa mise en œuvre
- Structure de la *check-list*
- Utilisation et archivage de la *check-list*
- Autres *check-lists* de la HAS

# La sécurité au bloc opératoire

- 1,5 M d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année en France (1)
- 60 000 à 95 000 EIG surviendraient dans la période péri opératoire(2) dont près de la moitié sont considérés comme évitables

(1) Source conseil Nationale de la chirurgie (2009)

(2) Enquête ENEIS 2005 (EIG = événement indésirables graves)

# La *Check-list* : Un outil simple et efficace

Dans le cadre d'un programme mondial d'amélioration de la sécurité en chirurgie<sup>1</sup>, l'OMS a proposé, en 2008, une *Check-list*<sup>2</sup> : outil simple, facile à mettre en œuvre et dont l'efficacité a été démontrée<sup>3</sup>

## 1 « Safe Surgery Saves Lives »

[www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/)

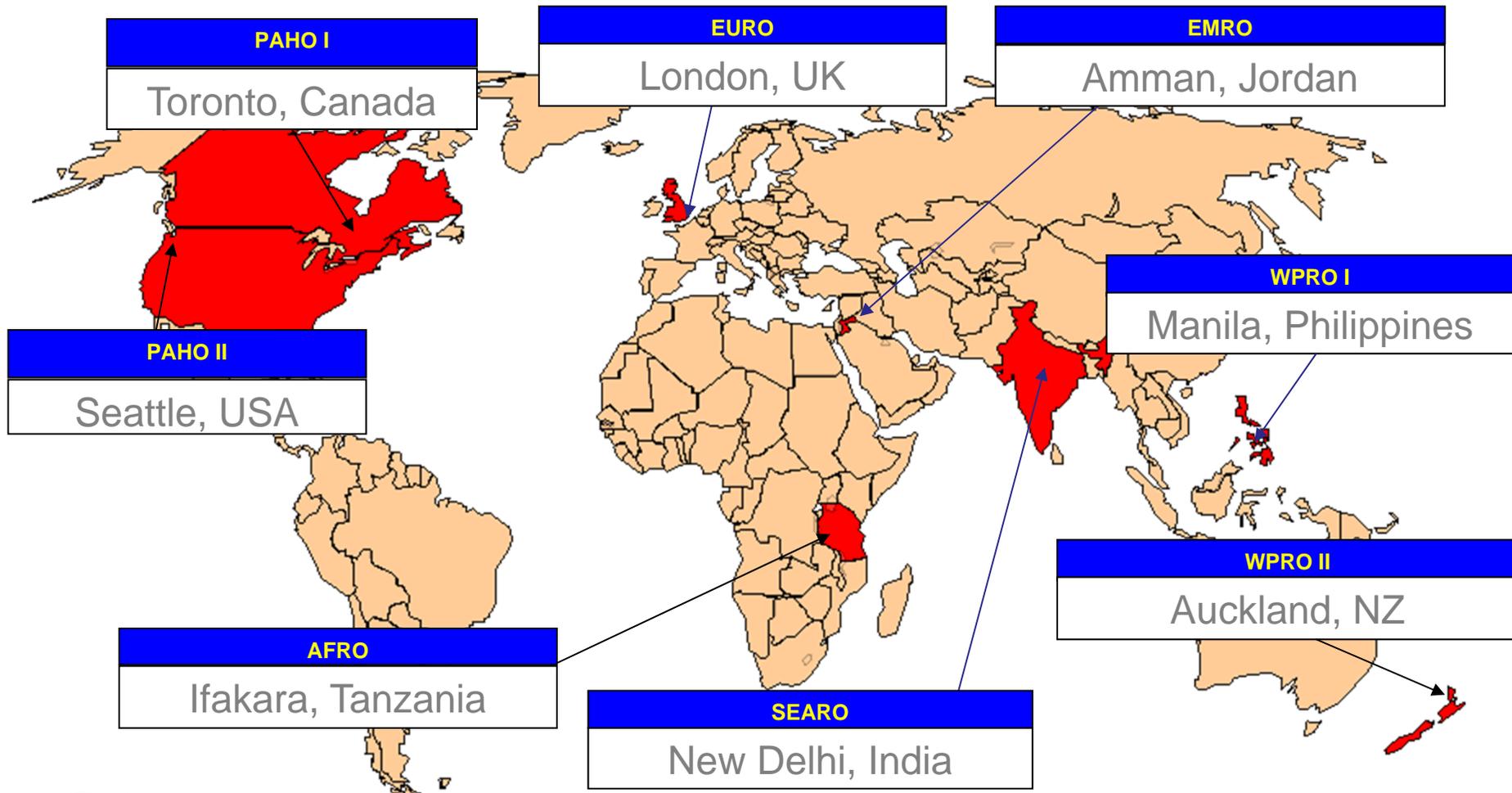
## 2 Surgical safety checklist

[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/SSSL\\_Checklist\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf)

3 Haynes et Col. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9.



## La *Check-list* de l'OMS a été testée dans 8 sites...





A l'initiative de la HAS, les représentants des professionnels travaillant au bloc opératoire, en association avec les représentants des patients, ont adapté cette *check-list* au contexte français, et l'ont appelée :

***Check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire ».**

AFU, CFAR

CISS

Collège de neurochirurgie

Conférence Présidents CME-CHU

Conférence Présidents CME-CH

Conférence Présidents CME-PSPH

Conférence Présidents CME-hosp priv

CNC, CNGOF,

FCVD

FEHAP, FHF, FHP

FNCLCC, FIIA, FORAP

GYNERISQ

LIEN

ORTHORISQ

LIEN

OA CHIRPED (version 2016)

ORTHORISQ, PLASTIRISQ

SFAR, SFCTC, SNIA

UNAIBODE

VASCURISQ

- 
- **En janvier 2010**, une première version est parue sous le titre de *Check-list* V2010-01
  - **En janvier 2011**, une deuxième version « V2011-01 » est diffusée, intégrant des modifications qui apportent une réponse à la plupart des difficultés observées sur le terrain. Un nouvel item relatif à la préparation cutanée de l'opéré a été introduit.
  - **En janvier 2016**, une troisième version V2016 intègre cinq points de vigilance adaptés à la prise en charge opératoire du jeune enfant.
  - **En novembre 2018**, une quatrième version V2018 met l'accent sur les trois objectifs de la *check-list* : vérifier, ensemble, pour prendre une décision sur la poursuite ou non (*No Go*) de l'intervention, et tracer la décision prise.

# La Check-list HAS : V2018

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

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

Version 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

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* <input type="checkbox"/> N/A</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	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*
4	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
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> </ul> <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>
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), IADE-IBODE/IDE <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 opérationalité, 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	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/R 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

### → DÉCISION FINALE

GO = OK pour incision  
 NO GO = Pas d'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* <input type="checkbox"/> N/A</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 événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A</i>
11	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*

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      Coordinateur CL



# Mode d'emploi

### Mode d'emploi

« Vérifier ensemble pour décider »

La *check-list* HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » comporte les éléments indispensables et non modifiables à vérifier ensemble et en équipe au bloc opératoire afin de prendre des décisions sur la poursuite ou non d'une intervention chirurgicale.

Cependant, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels, dans le cadre de leurs collèges professionnels/organismes agréés d'accréditation.

#### AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- 1 Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identité/vigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)
- 2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et, dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collègues professionnels de la spécialité (marquage, etc.)
- 3 L'équipe qui reçoit le patient en salle dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.
- 4 La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations/procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patients dépendants, dépilation éventuelle précisant le mode).
- 5 Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, sources d'énergie (bistouri électrique, etc.), appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.
- 6 L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
  - en cas de risque d'inhalation/difficulté d'intubation/ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ;
  - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500 ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc. La conformité au protocole préopératoire concernant un traitement anticoagulant et/ou antiagrégant est vérifiée.

#### AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision (time-out)

- 7 Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale. Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site/intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient. Il convient aussi de vérifier au plus tard, à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para-cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.
- 8 Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé *time-out*), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésique et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
  - sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
  - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques) ;
  - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).
- 9 L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie, si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. C'est également à cette étape que l'on confirme la préparation du champ opératoire réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

À la suite des temps 1 et 2 de la *check-list*, la décision finale de poursuivre ou non l'intervention est tracée et motivée.

#### APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- 10 L'équipe confirme oralement le type de l'intervention enregistrée et, s'il y a lieu, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles, ainsi que l'identification des prélèvements et des pièces opératoires. Il importe que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.
- 11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

En cas de réponse marquée d'un astérisque\*, la décision prise par l'équipe doit être tracée et argumentée.

La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la *check-list* relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la *check-list*.

#### POINTS CLÉS POUR UN ENFANT

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Disposer d'une autorisation d'opérer signée.
- Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille.
- Prévenir l'hypothermie peropératoire.
- Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire.

## Principe ...



- La *check-list* s'inscrit dans les évolutions organisationnelles et comportementales inscrites dans les projets d'établissement visant à promouvoir la culture sécurité au bloc opératoire
- Son mode d'action repose sur le partage des informations au sein de l'équipe et les vérifications croisées à chaque étape de l'intervention chirurgicale

## ... et objectifs de la *check-list*

La *check-list* a 2 objectifs :

- garantir en permanence la sécurité des patients
- et engager (ou maintenir) une culture et des valeurs qui permettent d'y arriver.

C'est un outil simple et efficace de contrôles prioritaires à effectuer systématiquement pour améliorer le travail d'équipe, la communication interprofessionnelle et favoriser une considération active de la sécurité des patients à chaque intervention.

Les étapes sont déjà appliquées dans les salles d'opération du monde entier ; néanmoins, peu de blocs l'appliquent en partageant dans leur intégralité et avec fiabilité, ces informations définies sur la base de recommandations scientifiques et professionnelles comme étant les étapes clés de toute intervention chirurgicale.

# Éléments de succès de son implantation

- Le leadership indispensable des institutionnels et des responsables des départements / services de chirurgie, d'anesthésie et les responsables infirmiers qui repose sur la conviction de l'utilité de cet outil conçu sur la base des recommandations professionnelles et avec l'appui de la démonstration scientifique de son intérêt
- L'engagement pérenne des professionnels du bloc opératoire, et en particulier, l'impulsion qui sera donnée par le chirurgien et l'anesthésiste responsables de l'intervention
- La mise en œuvre au quotidien intégrée au déroulement du programme opératoire. Il ne doit pas s'agir d'un remplissage passif, voire *a posteriori* de l'intervention mais d'un enseignement proactif réalisé au fur et à mesure de l'intervention de manière partagée. Le renseignement de la *check-list* prend moins de 2 mn

# Structure de la *check-list*



## 3 phases identifiées :

1. avant l'induction anesthésique
2. avant l'intervention chirurgicale
3. après l'intervention et avant la sortie du patient au bloc opératoire

## AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- 1
  - L'identité du patient est correcte  Oui  Non\*
  - L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal  Oui  Non\*  N/A
- 2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés :
  - *idéalement* par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique  Oui  Non\*
  - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle  Oui  Non\*
- 3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient  Oui  Non\*
- 4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)  Oui  Non\*  N/A
- 5 L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient
  - pour la partie chirurgicale  Oui  Non\*
  - pour la partie anesthésique  Oui  Non\*
  - Acte sans prise en charge anesthésique*  N/A
- 6 Le patient présente-t-il un :
  - risque allergique  Non  Oui\*
  - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque  Non  N/A
  - risque de saignement important  Non  Oui\*

## AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- 1 Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identitovigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)
- 2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et, dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collèges professionnels de la spécialité (marquage, etc.)
- 3 L'équipe qui reçoit le patient en salle dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.
- 4 La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations/ procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patients dépendants, dépilation éventuelle précisant le mode).
- 5 Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, sources d'énergie (bistouri électrique, etc.), appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.
- 6 L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
  - en cas de risque d'inhalation/difficulté d'intubation/ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ;
  - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500 ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc. La conformité au protocole préopératoire concernant un traitement anti-coagulant et/ou antiagrégant est vérifiée.

## 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), IADE-IBODE/IDE
- identité patient confirmée  Oui  Non\*
  - intervention prévue confirmée  Oui  Non\*
  - site opératoire confirmé  Oui  Non\*
  - installation correcte confirmée  Oui  Non\*
  - documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)  Oui  Non\*  N/A
- 8 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out)
- sur le plan chirurgical  Oui  Non\*  
*(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)*
  - sur le plan anesthésique  Oui  Non\*  
*Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]*
- 9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement  Oui  Non\*  N/R
- La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement  Oui  Non\*  N/A

### → DÉCISION FINALE

- GO = OK pour incision
- NO GO = Pas d'incision !

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

## AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision (time-out)

- 7 Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale. Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site/intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient. Il convient aussi de vérifier au plus tard, à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.
- 8 Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé time-out), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésique et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
- sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
  - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques) ;
  - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).
- 9 L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie, si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. C'est également à cette étape que l'on confirme la préparation du champ opératoire réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

À la suite des temps 1 et 2 de la *check-list*, la décision finale de poursuivre ou non l'intervention est tracée et motivée.

## APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- 10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
- de l'intervention enregistrée  Oui  Non\*
  - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc.  Oui  Non\*
  - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.  N/A
  - si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ?  Oui  Non\*
- Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A*

- 11 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  Oui  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

## APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- 10 L'équipe confirme oralement le type de l'intervention enregistrée et, s'il y a lieu, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles, ainsi que l'identification des prélèvements et des pièces opératoires. Il importe que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.
- 11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

En cas de réponse marquée d'un astérisque\*, la décision prise par l'équipe doit être tracée et argumentée.

.....

La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la *check-list* relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la *check-list*.

### ⚠ POINTS CLÉS POUR UN ENFANT

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Disposer d'une autorisation d'opérer signée.
- Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille.
- Prévenir l'hypothermie peropératoire.
- Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire.

# Mise en œuvre et utilisation de la *check-list*

## Identité et rôle du coordonnateur

- Le coordonnateur est le plus souvent un personnel infirmier chargé de renseigner les items de la *check-list* en coordination avec\* le chirurgien et l'anesthésiste responsables de l'intervention, ou le cas échéant, le professionnel qualifié en chirurgie ou en anesthésie auquel a été délégué un temps opératoire.
- Son rôle est de ne cocher les items que :
  - si la vérification a bien été effectuée
  - si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée
  - si les réponses marquées d'un \* ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision qui doit le cas échéant être rapportée dans l'encart spécifique



## Archivage du document

- Selon procédure d'évaluation en vigueur dans l'établissement : dans le dossier patient et/ou au bloc opératoire

## Autres *check-lists* de la HAS

1. La *check-list* « **Sécurité du patient en endoscopie digestive** »
2. La *check-list* « **Sécurité du patient en endoscopie bronchique** »
3. La *check-list* « **Sécurité du patient en radiologie interventionnelle** »
4. La *check-list* « **Pose d'un cathéter veineux central (CVC) ou autre dispositif vasculaire (DV)** »
5. La *check-list* « **Chimiothérapie** »

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)		APRÈS L'ENDOSCOPIE	
<b>1</b> L'identité du patient est correcte : <ul style="list-style-type: none"><li>le patient a décliné son identité, sinon, <i>par défaut</i>, autre moyen de vérification de son identité</li></ul> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>5</b> Le patient est à jeun <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>10</b> Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe du renseignement et de l'identification des prélèvements éventuels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	
<b>2</b> Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>6</b> La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	<b>11</b> Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>3</b> Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel : <ul style="list-style-type: none"><li>pour la partie endoscopique <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"/> Non applicable</li></ul>	<b>7</b> Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment : <ul style="list-style-type: none"><li>la gestion des antiagrégants plaquettaire et/ou des anticoagulants ; <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</li><li>toute autre co-morbidité identifiée.</li></ul>	En cas d'événement porteur de risque identifié lors du renseignement de la check-list, précisez la décision choisie ..... ..... ..... ..... ..... .....	
<b>4</b> 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"><li>un risque allergique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li><li>un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li><li>un risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li></ul>	<b>8</b> L'antibioprophylaxie est effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non indiquée		
	<b>9</b> 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) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

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

## CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE BRONCHIQUE »

Version 2013

Établissement : .....  
 Date endoscopie : ..... Heure (début) : .....  
 Pneumologue : .....  
 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 pneumologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)		APRÈS L'ENDOSCOPIE	
<p><b>1</b> L'identité du patient est correcte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le patient a déclaré son identité, sinon, <i>par défaut</i>, autre moyen de vérification de son identité</li> </ul> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>4</b> Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour la partie endoscopique</li> <li>pour la partie anesthésique</li> </ul> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Non applicable</p>	<p><b>7</b> Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Non applicable</p>	<p><b>8</b> Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>
<p><b>2</b> Le patient est à jeun</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>5</b> Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>allergie du patient</li> <li>risque de saignement important</li> </ul> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>En cas d'écart avec la check-list, précisez la décision choisie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>3</b> Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Non applicable</p>	<p><b>6</b> 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).</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>		

La réponse « Oui » à un item valide sa vérification croisée au sein de l'équipe. Si cette vérification n'a pu être réalisée, la réponse « Non » doit être cochée.  
 L'item « Non applicable » correspond aux situations où le critère n'est pas applicable.

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

## CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle  
de l'établissement

- Informations au patient  Oui  Non\*
- Traçabilité du consentement éclairé  Oui  Non\*
- Dossier correspondant au patient  Oui  Non\*

UF exécutrice : ..... Salle : .....  
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....  
Radiologues ; médecins opérateurs ; manipulateur(s) d'électroradiologie  
médicale : .....  
Anesthésiste « intervenant » : .....  
Coordonnateur check-list : .....  
Manipulateur responsable : .....

AVANT ANESTHÉSIE OU SÉDATION	
1	L'identité est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	L'intervention et le site opératoire sont confirmés : • <i>idéalement</i> par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou la procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4	La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnement • pour la partie interventionnelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie imagerie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il : • un risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • un risque lié au produit de contraste <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • une insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • un risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • un risque lié à l'irradiation (grossesse) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

AVANT INTERVENTION	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des anesthésistes, radiologues et manipulateurs électroradiolo. • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site interventionnel confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • monitoring du patient vérifié <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
8	Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention. • sur le plan interventionnel (voie d'abord définie, technique précisée, DMI disponibles, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
9	Prise en compte de situations spécifiques concernant • la gestion des antiagrégants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • la gestion des anticoagulants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • l'antibioprophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/R • la préparation du champ opératoire réalisé selon protocole en vigueur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention  
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention



APRÈS INTERVENTION	
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A • des médicaments utilisés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de la quantité de produit contraste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du recueil de l'irradiation délivrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de la traçabilité du matériel et DMI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de l'enregistrement des images <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de la feuille de liaison remplie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? (Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes de radiologie et d'anesthésie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *	
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Radiologue                      Anesthésiste                      Coordonnateur CL	

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU RADIOLOGUE ET DE L'ANESTHÉSISTE RESPONSABLE DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE SI (1) LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉE ET (3) SI LES NON CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UN \*) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

## CHECK-LIST

### « POSE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (CVC) OU AUTRE DISPOSITIF VASCULAIRE (DV) »

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



Identité visuelle  
de l'établissement

Date : .....  
Lieu et mise en place : .....  
.....  
URGENCE  Oui  Non

**OPÉRATEUR**  
Nom : .....  
Si junior, encadré par : .....  
Check-list renseignée par : .....

**TYPE DE MATÉRIEL**  
CVC  CVC bioactif   
CVC tunnelisé  Chambre implantable   
CVC Dialyse  Autres (PICC, etc.)

**VOIE D'ABORD VASCULAIRE**  
*Autres renseignements utiles*

AVANT LA MISE EN PLACE	PENDANT LA MISE EN PLACE	APRÈS LA MISE EN PLACE
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identité du patient vérifiée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ Patient / famille informé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ <b>ÉVALUATION DES RISQUES</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Risque hémorragique, allergie, contre-indications anatomique ou pathologique</i></li> <li>■ Choix argumenté du site d'insertion <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ Choix concerté du matériel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ Préparation cutanée appropriée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ Monitoring approprié <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ Vérification du matériel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Date de péremption, intégrité de l'emballage</i></li> <li>■ Échographie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>PROCÉDURES D'HYGIÈNE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détertion/désinfection avec antiseptique alcoolique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• Conditions d'asepsie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> </li> <li>■ Vérifications per opératoires des matériels                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mécanique                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Solidité des connexions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> </li> <li>• Positionnelle                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Extrémité du cathéter <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> </li> <li>• <b>FONCTIONNELLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reflux sanguin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>▶ Système perméable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ Vérification de la fixation du dispositif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ Pose d'un pansement occlusif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ Si utilisation différée, fermeture du dispositif                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• En accord avec la procédure locale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>CONTRÔLE CVC / DV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Position du CVC vérifiée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• Recherche de complication <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> </li> <li>■ <b>TRAÇABILITÉ / COMPTE RENDU</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Matériel, technique, nombre de ponctions, incident</i></li> <li>■ Prescriptions pour le suivi après pose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>■ Documents remis au patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul> <p><b>COMMENTAIRE</b> <i>(en cas de réponse négative)</i></p>

CETTE CHECK-LIST N'EST PAS EXHAUSTIVE (ET CE D'AUTANT QU'ELLE CONCERNE DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS ET MODES D'UTILISATION DES ABORDS VASCULAIRES CENTRAUX), C'EST POURQUOI TOUTES MODIFICATIONS SONT ENCOURAGÉES POUR S'ADAPTER AUX PRATIQUES SPÉCIFIQUES DE VOTRE SPÉCIALITÉ OU DE VOTRE ÉTABLISSEMENT. NÉANMOINS, SELON L'AVIS DU GROUPE DE TRAVAIL, TOUTE GRILLE COMPORTANT UNE RÉDUCTION OU UN ÉLARGISSEMENT DES CRITÈRES VÉRIFIÉS DEVRAIT COMPORTER TOUTS LES ITEMS EN MAJUSCULES.

GROUPE DE TRAVAIL : HAS ET REPRÉSENTATION DES SOCIÉTÉS SAVANTES ET ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES D'ANESTHÉSIE, RÉANIMATION, CHIRURGIE VASCULAIRE, NÉPHROLOGIE, HÉMATOLOGIE, ONCOLOGIE, NUTRITION PARENTERALE, D'INFECTIOLOGIE ET D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.

## CHECK-LIST

### « POSE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (CVC) OU AUTRE DISPOSITIF VASCULAIRE (DV) »

#### Mode d'emploi

##### AVANT LA MISE EN PLACE

L'équipe s'assurera de l'identité du patient (selon les protocoles d'identité-vigilance en œuvre dans l'établissement) - en particulier si le CVC/DV est mis en place en dehors de l'unité dans laquelle le patient est pris en charge.

Le consentement éclairé quant à l'information du patient sur la balance bénéfices-risques est assuré dans la mesure du possible.

L'évaluation des risques porte notamment, sur :

- le risque hémorragique : confronté aux pathologies traitées et à la situation d'urgence ;
- les allergies éventuelles : latex, anesthésiques locaux, antiseptiques, antibiotiques ;
- les contre-indications anatomiques : ex. curage cervical, etc.
- la pathologie : état cutané infecté, ventilation mécanique pathologie tumorale, volumineuses adénopathies médiastinales, syndrome cave supérieur, thrombose (ou sténose) veineuse profonde connue.

Le site d'insertion du matériel répond à des impératifs différents selon que les dispositifs sont destinés à la réanimation, la nutrition, la chimiothérapie ou à une épuration extracorporelle (hémodialyse).

De plus, la durée d'utilisation estimée (courte ou longue durée), le contexte dans lequel les CVC sont utilisés (soins intensifs, réanimation ou ambulatoire) et la pathologie influencent également le choix du site veineux.

Le choix du matériel dépend de l'indication pour laquelle le CVC a été inséré et de l'utilisation à laquelle il est destiné. Un accord sera le cas échéant recherché entre le prescripteur et l'opérateur pour que le matériel sélectionné réponde bien à l'indication retenue.

Une préparation cutanée appropriée comprend :

- si nécessaire une dépilation de la zone à ponctionner à l'aide d'une tondeuse électrique (proscrire le rasage mécanique) ;
- au moins une douche (incluant un shampoing) avec un savon antiseptique, ou à défaut une toilette au lit, réalisée au plus près de la pose.

Lors de la pose du cathéter, monitoring approprié selon procédure locale : monitoring continu par un scope (de transfert ou fixe) permettant d'assurer la surveillance continue de la pression non invasive (PNI), de la fréquence cardiaque, et de la saturation de pouls en oxygène.

Une échographie de repérage et/ou de guidage pour les accès veineux peut-être réalisée en cours de pose en respectant les bonnes pratiques de prévention, notamment utilisation d'un couvre-sonde et de gels stériles.

##### PENDANT LA MISE EN PLACE

Les procédures d'hygiène recommandées comportent :

- une détertion / désinfection avec un antiseptique alcoolique : la préparation du site d'insertion se fait en 4 temps, comprenant une phase de détertion avec un savon moussant antiseptique, rinçage à l'eau stérile, séchage, puis une désinfection avec un antiseptique alcoolique que l'on laisse sécher spontanément.
- des conditions d'asepsie chirurgicale avec :
  - ▶ une désinfection chirurgicale des mains par friction (préférée au lavage chirurgical des mains) associant : un lavage simple des mains au savon doux, puis deux frictions successives avec un produit hydro-alcoolique, pour une durée suffisante et étendue jusqu'aux coudes pour la première friction, la seconde s'arrêtant aux avant-bras (frictionner jusqu'au séchage complet avant d'enfiler les gants) ;
  - ▶ un habillement chirurgical (coiffe, masque chirurgical, blouse stérile, gants stériles) ;
  - ▶ la mise en place de champs stériles couvrant l'intégralité du champ opératoire.

La vérification per opératoire des matériels est triple :

- mécanique : solidité des connexions, étanchéité du système ;
- positionnelle : la vérification de l'emplacement souhaité est réalisée (ou non) selon la procédure locale ;
- fonctionnelle : le reflux sanguin permet d'affirmer la situation intravasculaire du CVC/DV ; l'absence de douleur et de résistance à l'injection signent la perméabilité.

En cas d'utilisation différée, le but est de fermer le CVC/DV en pression positive par un verrou liquidien injecté au travers d'une valve bidirectionnelle vissée (Luer-Lock). L'ensemble sera protégé par un pansement stérile occlusif.

##### APRES LA MISE EN PLACE

La position de l'extrémité distale du cathéter peut être vérifiée par différentes méthodes d'imagerie.

Le contrôle radiologique permet de s'assurer de l'absence de complications (pneumothorax, hémithorax, malpositions du CVC/DV, etc.)

La traçabilité/compte-rendu comportera selon les spécialités la date, l'identité du patient et de l'opérateur, le type du matériel et son numéro de lot, les conditions de pose, le site d'insertion, le nombre de ponctions et les éventuelles complications rencontrées pendant la pose ou au décours immédiat.

Le compte-rendu (informatique ou écrit) est conservé dans le dossier médical du patient.

Les prescriptions pour le suivi après pose concernent selon les cas, les traitements antalgiques et les modalités de reprise des traitements habituels, les soins éventuels de cicatrice et le timing de réfection ou d'ablation des pansements, les modalités de soins d'hygiène, la possibilité ou non d'utiliser le dispositif.

Certaines spécialités remettent des documents au patient (ambulatoire). Le but est d'informer le patient qu'il est porteur d'un dispositif veineux implanté et que ce matériel majore le risque infectieux et les risques mécaniques. Des règles élémentaires de sécurité doivent être apportées aux patients porteurs de cathéters.

Selon les spécialités, seront délivrés le compte rendu opératoire, un livret d'information, la nature du dispositif, des prescriptions post interventionnelles (antalgiques, retrait des fils, etc.) ainsi que les contacts téléphoniques avec l'équipe et notamment les modalités d'appel en urgence.

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

## CHECK-LIST « CHIMIOTHÉRAPIE »

Version 2016



Date : / /

Service prescripteur : .....

Protocole : .....

PRESCRIPTION		
Nom du prescripteur :		
J'ai vérifié	Oui	Non
Identité du patient (nom de naissance + nom d'usage, prénom, date de naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole référentiel et/ou validé RCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérification date et numéro de cure et intercure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultats des bilans pris en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesée réelle effectuée pour cette cure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte des toxicités antérieures liées au traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doses à réévaluer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prémédication prise, si applicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte des comédications contre indiquées avec le protocole prévu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voie d'administration clairement indiquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription conforme au Programme Personnalisé de Soins (Protocole thérapeutique stipulé dans le dossier médical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHARMACIE		
Nom du pharmacien :		
Validation	Oui	Non
Identité du patient (nom de naissance + nom d'usage, prénom, date de naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concordance protocole avec RCP/référentiels et prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérification date et numéro de cure et intercure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole conforme au thésaurus de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérification de la réévaluation des doses adaptées aux caractéristiques du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voie et modalités d'administration (durée notamment) clairement indiquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conformité étiquetage par rapport à la prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRÉPARATION			
Nom du préparateur :			
À chaque préparation		Oui	Non
P1	Conformité de la préparation par rapport à la fiche de fabrication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2	Conformité de la préparation conforme à la fiche de fabrication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3	Conformité de la préparation conforme à la fiche de fabrication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Conformité de la préparation conforme à la fiche de fabrication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5	Conformité de la préparation conforme à la fiche de fabrication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6	Conformité de la préparation conforme à la fiche de fabrication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIBÉRATION		
Nom du pharmacien :		
Validation	Oui	Non
Conformité de la préparation : conforme à la prescription ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADMINISTRATION			
Nom du soignant ou médecin :			
J'ai vérifié	Oui	Non	
OK chimio indiqué (prescription)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prémédication, poids réel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>À chaque poche</b>			
Si vous êtes interrompu lors de la pose de la chimiothérapie, veuillez à contrôler à nouveau la concordance de l'identité, nom, dose des produits...			
Préparation 1	Identité du patient (nom de naissance + nom d'usage, prénom, date de naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nom, dose, date de péremption des produits, conditions de stockage, intégrité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Concordance voie administration et solvant avec la prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Modalités d'administration conforme au protocole prescrit : ordre de passage des produits, durée et débit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation 2	Identité du patient (nom de naissance + nom d'usage, prénom, date de naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nom, dose, date de péremption des produits, conditions de stockage, intégrité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Concordance voie administration et solvant avec la prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Modalités d'administration conforme au protocole prescrit : ordre de passage des produits, durée et débit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation 3	Identité du patient (nom de naissance + nom d'usage, prénom, date de naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nom, dose, date de péremption des produits, conditions de stockage, intégrité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Concordance voie administration et solvant avec la prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Modalités d'administration conforme au protocole prescrit : ordre de passage des produits, durée et débit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation 4	Identité du patient (nom de naissance + nom d'usage, prénom, date de naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nom, dose, date de péremption des produits, conditions de stockage, intégrité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Concordance voie administration et solvant avec la prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Modalités d'administration conforme au protocole prescrit : ordre de passage des produits, durée et débit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation 5	Identité du patient (nom de naissance + nom d'usage, prénom, date de naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nom, dose, date de péremption des produits, conditions de stockage, intégrité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Concordance voie administration et solvant avec la prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Modalités d'administration conforme au protocole prescrit : ordre de passage des produits, durée et débit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>