



CHECK-LIST MATERIEL

PROGRAMMATION

Identification patient

(nom - prénom - ddn)

Identification chirurgien

Date de l'intervention souhaitée :

Libellé intervention :

Latéralité

Choisissez un élément

Matériels demandés

(nom matériel + laboratoire)

Dépôt/Prêt à commander

Assistance Technique

Nom du laboratoire :

Validation réception demande le

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date

Matériel commandé le

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date

Par

Choisissez un élément

Par

Choisissez un élément

RÉGULATION J-7 :

Programmation confirmée OUI NON

Si prêt → commande confirmée OUI NON

Si dépôt → disponibilité OUI NON

Conformité de la programmation OUI NON

Si non, nature du problème

Mesures prises

VÉRIFICATION FINALE J-2 :

Matériels demandés

Disponibles

Complets

En attente de livraison

Vérifiés par

Cadre Bloc

Référent DMI

Chirurgien

Autre :

Conformité par rapport à la programmation OUI NON

Si non conforme → nature de la non conformite et mesures prises :

Information du chirurgien OUI NON

Par Cadre Bloc Référent DMI Autre chirurgien Autre personnel :

Mode Mail Téléphone Les 2 Autre :

Traçabilité fiche DPI Logiciel de programmation du bloc opératoire

Date de validation :