

**ESTS: Liste de contrôle pour la sécurité de la procédure chirurgicale**

Date opératoire :...../...../.....

Intervention:

<b>AVANT L'INDUCTION ANESTHÉSIQUE:</b>			
Identité du patient	<input type="checkbox"/> Correcte	<input type="checkbox"/> Fausse (report de l'intervention)	
Consentement du patient	<input type="checkbox"/> Present	<input type="checkbox"/> Manquant (rectification avant le début de la procédure)	
Identification du côté opératoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non marqué (à confirmer)	<input type="checkbox"/> Non nécessaire
Liste de contrôle du matériel et des médicaments anesthésiques faite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (Report)	
Fibroscope disponible	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Classe ASA défini	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Problème anesthésique prévisible	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : précisez ...	
Allergie connue du patient	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : médicaments, latex, autres ...	
Difficulté de ventilation	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Equipement d'assistance
Risque de perte sanguine supérieure à 500cc	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Accès IV disponible, CG commandé
Monitoring patient	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> FC	<input type="checkbox"/> Capnie <input type="checkbox"/> saturomètre
Normothermie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Prémédication	Prophylaxie antibiotique <input type="checkbox"/>	supplémentation cortisonique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ajustement thérapie anticoagulante ou antiagrégante réalisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (report de l'intervention)	<input type="checkbox"/> Pas de thérapie
Prophylaxie anti-thrombotique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas de prophylaxie.
Stérilisation du matériel confirmée par l'équipe infirmière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (report de l'intervention)	
Matériel chirurgical disponible et vérifié	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (Report de l'intervention)	
Matériel implantable nécessaire et disponible	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (Report de l'intervention)	<input type="checkbox"/> Non nécessaire
<b>AVANT L'INCISION CUTANÉ</b>			
Vérification du rôle et de l'identité de l'équipe opératoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (rectification avant le début de la procédure)	
Site opératoire confirmé par l'équipe chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (rectification avant le début de la procédure)	
Intervention confirmée par l'équipe chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (rectification avant le début de la procédure)	
Disponibilité des documents en salle d'opération	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non nécessaire
Installation du patient correcte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (rectification avant le début de la procédure)	
Préparation du site opératoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (rectification avant le début de la procédure)	
Problème chirurgical prévisible	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : précisez ...	
<b>AVANT LA SORTIE DE LA SALLE</b>			
Compte des compresses, champs et instruments complet	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (Report)	
Étiquetage des pièces opératoires adéquate	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (Report)	
Directives médicales post-opératoires en place	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Problème d'équipement per opératoire à signaler	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (Report)	
Signature de confirmation			
Anesthésiste		Chirurgien	Infirmier

Rapport

Infirmier

Signature

Infirmier

Signature

Chirurgien

Signature