

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE »

Version 2011 - 01

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

Identification du patient

Étiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

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



Identité visuelle
de l'établissement

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 : • idéalement 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 électroradio. • 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 Coordonateur 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 CERTIFICATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.