

Etiquette patient

Date d'intervention :/...../20.....

Heure :H.....

*** Merci de VERIFIER CHAQUE ITEM et de LES COCHER pour en marquer le passage en revue.**

Document confidentiel à usage interne - © Hôpital Erasme

| BON PATIENT, BON BRACELET, BON DOSSIER | | |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Identité du patient (nom, prénom, date de naissance) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Concordance avec les 2 bracelets | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Présence du dossier médical et données infirmières nécessaires | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Présence médicaments pour J1 (dose de 8h) (!!! Si nuit à l'USPA) | |
| <input type="checkbox"/> | Présence de l'autorisation d'opérer (enfants) | |
| PARAMETRES A VERIFIER | | |
| Spécifiques à l'intervention | | |
| <input type="checkbox"/> | A jeun | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | A reçu sa prémédication (selon prescription) àH..... | |
| | INSULINE : nom/dosage : | |
| | Dernière dose :UI àH..... Dernière glycémie :mg/dl à H..... | |
| | ANTIBIOTIQUES : nom/dosage : | |
| | Dernière dose : àH..... | |
| <input type="checkbox"/> | Bas de contention (selon prescription) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bande de corps identifiée au nom du patient sur lit (selon prescription) | |
| <input type="checkbox"/> | Patient a uriné | |
| Hygiène corporelle | | |
| <input type="checkbox"/> | Propreté générale (Hygiène corporelle selon protocole (douches)) | |
| <input type="checkbox"/> | Champ opératoire propre (cf. protocole) | |
| <input type="checkbox"/> | Dents propres (brossage et/ou soins de bouche) | |
| <input type="checkbox"/> | Pansement(s) propre(s) (si plaies) | |
| Vêtements, bijoux,.... | | |
| <input type="checkbox"/> | Maquillage / Vernis à ongles enlevé (mains et pieds) | |
| <input type="checkbox"/> | Bijoux, piercings enlevés | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sous-vêtements enlevés / linge propre mis (si nécessaire) | |
| <input type="checkbox"/> | Blouse d'opéré propre mise | <input type="checkbox"/> |
| Enlever les prothèses | | |
| <input type="checkbox"/> | Lunettes ou lentilles de contact enlevées | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Prothèses auditives droite et gauche enlevées (!! évaluer la sécurité) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Prothèses dentaires enlevées | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Autres prothèses enlevées : | <input type="checkbox"/> |
| Lit | | |
| <input type="checkbox"/> | Lit refait et propre (3 alèses + drap + taie) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Lit identifié (étiquette patient sur alèse supérieure) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Lit fonctionnel (barrières, perroquet,...) | <input type="checkbox"/> |
| CESARIENNE | | |
| <input type="checkbox"/> | Préparation du papa (blouse remise) | <input type="checkbox"/> |

Signature Infirmier US

Signature Infirmier USPA/endoscopie

USPA / ENDOSCOPE

| AVANT TRANSPORT DU PATIENT | |
|----------------------------|---|
| BRANCARDAGE | <input type="checkbox"/> Identité du patient (nom, prénom, date de naissance) vérifiée |
| | <input type="checkbox"/> Concordance avec les 2 bracelets d'identité portés |
| | <input type="checkbox"/> Présence du dossier médical et données infirmières concernant le patient |
| | <input type="checkbox"/> Lit identifié (étiquette patient sur alèse supérieure) |
| | <input type="checkbox"/> Patient sécurisé (barrières de lit relevées, perfusion(s), O2,....) |
| | <input type="checkbox"/> Infirmière prévenue |

Signature Brancardier

REMARQUES :

.....

.....

.....

.....

.....

QOP - MEMO (patient pris en charge au réveil)

- 1/ Nom, Prénom, Bracelets
- 2/ Jeûne
- 3/ Intervention
- 4/ Latéralité
- 5/ Chirurgien
- 6/ Allergie
- 7/ Matériel métallique