

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) à .....H.....	
	INSULINE : nom/dosage : .....	
	Dernière dose : .....UI à .....H..... Dernière glycémie : .....mg/dl à ..... H.....	
	ANTIBIOTIQUES : nom/dosage : .....	
	Dernière dose : ..... à .....H.....	
<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	
<b>BRANCARDAGE</b>	<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