

Etiquette patient

Service/US :

Date d'intervention :

Heure :

Document confidentiel à usage interne - © Hôpital Erasme

INFIRMIER US		INFIR. UCVI
<b>VERIFIE</b>	<b>BON PATIENT, BON BRACELET, BON DOSSIER</b>	<b>VERIFIE</b>
<input type="checkbox"/>	Identité du patient (nom, prénom, date de naissance)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Concordance avec les 2 bracelets d'identité portés	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Présence du dossier médical et infirmier concernant le patient	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poids et taille dans dossier infirmier</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentement médical signé</li> </ul>	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats des examens pré-interventionnels (selon prescription)</li> </ul>	
	<b>PARAMETRES A VERIFIER</b>	
<b>VERIFIE</b>	<b>Spécifiques à l'intervention</b>	<b>VERIFIE</b>
<input type="checkbox"/>	A jeun	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Réalisation de la désensibilisation à l'iode vérifiée (selon prescription)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Arrêt traitement pour biguanides (Glucophage <sup>®</sup> ,...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suivi traitement pour anticoagulants (Clexane <sup>®</sup> , Fraxodi <sup>®</sup> , Innohep <sup>®</sup> , NACO, Héparine <sup>®</sup> , Sintrom <sup>®</sup> ,...) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dernière prise : .....H.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Perfusion périphérique perméable + hydratation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Conformité du champ opératoire (suivant protocole) (propre, absence poils,...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Patient a uriné	
<b>VERIFIE</b>	<b>Installation du patient</b>	
<input type="checkbox"/>	Maquillage / Vernis à ongles enlevé (mains et pieds)	
<input type="checkbox"/>	Bijoux, piercings enlevés	
<input type="checkbox"/>	Sous-vêtements enlevés	
<input type="checkbox"/>	Lange propre mis	<b>VERIFIE</b>
<input type="checkbox"/>	Blouse d'opéré propre mise	<input type="checkbox"/>
<b>VERIFIE</b>	<b>Enlever les prothèses</b>	<b>VERIFIE</b>
<input type="checkbox"/>	Lunettes enlevées / Verres de contact enlevés	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prothèses auditives droite et gauche enlevées	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prothèses dentaires enlevées	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autres prothèses enlevées :	<input type="checkbox"/>
<b>VERIFIE</b>	<b>Lit</b>	<b>VERIFIE</b>
<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"/>

<i>Signature Infirmier US</i>	<i>Signature Infirmier UCVI</i>
-------------------------------	---------------------------------

<b>BRANCARDAGE</b>	<b>VÉRIFIÉ</b>	<b>AVANT TRANSPORT DU PATIENT</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 :**

.....

.....

.....

.....

.....