

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*

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Identité visuelle
de l'établissement

AVANT ANESTHÉSIE OU SÉDATION

- 1** L'identité est correcte : Oui 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 Oui Non*
• la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle Oui Non*
- 3** Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site intervention et non dangereux pour le patient Oui Non*
- 4** La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service Oui Non*
 N/A
- 5** L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnement
• pour la partie interventionnelle Oui Non*
• pour la partie anesthésique Oui Non*
• pour la partie imagerie Oui Non*
- Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates :
- 6** Le patient présente-t-il :
• un risque allergique Non Oui*
• un risque lié au produit de contraste Non Oui*
• une insuffisance rénale Non Oui*
• risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque Non Oui*
• un risque de saignement important Non Oui*
• un risque lié à l'irradiation (grossesse) Non Oui*

AVANT INTERVENTION

- 7** Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des anesthésistes, radiologues et manipulateurs électroradio.
• identité patient confirmée Oui Non*
• intervention prévue confirmée Oui Non*
• site interventionnel confirmé Oui Non*
• installation correcte confirmée Oui Non*
• documents nécessaires disponibles Oui Non*
• monitoring du patient vérifié Oui 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.) Oui Non*
• sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) Oui Non*
 N/A
- 9** Prise en compte de situations spécifiques concernant
• la gestion des antiagrégants Oui Non*
 N/A
• la gestion des anticoagulants Oui Non*
 N/A
• l'antibioprophylaxie effectuée Oui Non*
 N/R
• la préparation du champ opératoire réalisé selon protocole en vigueur Oui Non*
 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 Oui Non*
• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. Oui Non*
 N/A
• des médicaments utilisés Oui Non*
• de la quantité de produit contraste Oui Non*
• du recueil de l'irradiation délivrée Oui Non*
• de la traçabilité du matériel et DMI Oui Non*
• de l'enregistrement des images Oui Non*
• de la feuille de liaison remplie Oui 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) Oui Non*
 N/A
- 11** Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes de radiologie et d'anesthésie Oui 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.