

CHECK LIST SÉCURITÉ DU PATIENT EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Version 2019 03



Identification du patient

Nom :
Prénom : *Étiquette patient*
DDN :

Bloc :

Salle :

Opérateur :

Technicien :

Date de l'intervention :

Heure :

Anesthésiste :

Coord. check-list :

| AVANT LA PROCÉDURE | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. L'identité du Patient est vérifiée | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Adéquation du dossier (complet) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2. L'intervention et le site opératoire est confirmé | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3. La préparation cutanée est effectuée | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4. Le(s) consentement(s) éclairé(s) est (sont) tracé(s) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Autorisation d'intervention est signée par les parents ou le représentant légal | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5. Vérification croisée de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : | | |
| • Le patient est à jeun : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Le patient présente : | | |
| - un risque allergique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - une insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - un risque infectieux | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - un risque lié à l'irradiation (grossesse, autres) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • L'anticoagulation et/ou l'anti-agrégation est prise en compte | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 6. L'équipement/matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnement | | |
| - Pour la partie anesthésique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | <input type="checkbox"/> NA | |
| - Pour la partie imagerie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Pour la partie Interventionnelle | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 7. L'installation est conforme à la procédure à réaliser | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

| AVANT LE DÉBUT DE LA PROCÉDURE | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 8. Vérification ultime croisée au sein de l'équipe en présence de l'opérateur et des paramédicaux | | |
| • Identité du Patient | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Intervention et site confirmés | | |
| • Installation correcte | | |
| • Documents nécessaires disponibles (imagerie, biologie) | | |
| 9. Antibiotoprophylaxie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | <input type="checkbox"/> NR | |
| 10. La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | <input type="checkbox"/> NA | |

| PATIENT MINEUR OU SOUS RÉGIME DE SAUVEGARDE | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 11. Les parents ont été associés aux vérifications : | | |
| • identité du patient | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • intitulé d'intervention | | |
| • site opératoire | | |
| • opérateur | | |
| 12. Autorisation d'opérer signée | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 13. • Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille. Prévention de l'hypothermie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Seuils d'alerte en post-op définis. | | |

| DECISION FINALE | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> GO = OK pour procédure | <input type="checkbox"/> NO GO = Pas de procédure ! |
| Si No Go : quelle conséquence sur l'intervention | |
| <input type="checkbox"/> ANNULATION | <input type="checkbox"/> RETARD |

NA : non applicable NR : non recommandé

| APRÈS LA PROCÉDURE | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 14. Le matériel (D.M.) et les D.M.I. sont tracés | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 15. Le compte final est correct : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • compresses | <input type="checkbox"/> NA | |
| • aiguilles | | |
| • instruments | | |
| 16. Les données de dosimétrie sont dans le Compte Rendu de l'examen | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 17. La quantité et la nature du produit de contraste injecté sont précisées | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 18. Tout évènement indésirable est signalé | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | <input type="checkbox"/> NA | |
| 19. L'archivage de l'examen est réalisé | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 20. Les prescriptions post-interventionnelles sont faites conjointement entre l'opérateur et l'anesthésiste | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 21. Les transmissions sont effectuées | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Commentaire(s) :

La signature de la checklist par le coordinateur vaut validation que cette dernière a été renseignée suite à un partage des informations entre l'ensemble des membres de l'équipe :

| Mode d'emploi de la check list " sécurité du patient en cardiologie interventionnelle " | | |
|---|---|--|
| Check list utilisable en cardiologie interventionnelle et en rythmologie | | |
| Avant l'examen patient dans le SAS ou en salle interventionnelle paramédical | Vérification ultime en présence du praticien interventionnel et des paramédicaux | Après l'examen paramédical |
| 1 Identification : faire décliner par le patient, son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identivigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement...) Adéquation du dossier : Dossier complet (propre à chaque centre) avec une demande d'examen, ancien compte rendu, ECG, résultats biologiques, lettre du cardiologue, étiquettes | 8 Ces vérifications croisées de l' identité , de l' intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire Le médecin vérifie également que l' installation du patient est cohérente avec le site / intervention et ne présente pas de danger pour le patient. Si NON a une des réponses l'intervention doit s'arrêter L'équipe vérifie que l' antibioprophylaxie si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. Le critère N/A concerne les procédures sans antibiothérapie | 9 L'équipe confirme que le matériel utilisé et/ou implanté est tracé dans les bases de données propres à chaque centre 10 L'équipe confirme oralement le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles N/A : décompte des compresses pas nécessaire quand il n'y a pas d'abord chirurgical |
| 2 L' intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navettes...) ou recommandée par les collèges professionnels de la spécialité | | 11 L'équipe vérifie que les données dosimétriques figurent dans le compte rendu 12 L'équipe vérifie que la nature et la quantité de produit de contraste injecté figure dans le compte rendu N/A si pas de contraste utilisé |
| 3 Préparation faite selon les recommandations/procedures en vigueur dans l'établissement douche ou toilette pour les patients dépendants, dépiilation éventuelle (précisant le mode). | Point clé pour un enfant! Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire Disposer d'une autorisation d'opérer signée Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptées à l'âge, au poids et à la taille Prévoir l'hypothermie peropératoire Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire | 13 Il importe que tout événement survenu pendant une intervention soit signalé et/ou déclaré OUI événement déclaré et tracé selon chaque centre NON événement pas déclaré N/A pas d'événement survenu |
| 4 Le(s) consentement(s) éclairé(s) est (sont) tracé(s) : coronarographie et/ou angioplastie ou pose de DMI ou examen d'électrophysiologie/ablation Présence de l'autorisation d'opérer si le patient est mineur ou sous tutelle. | | 14 L'équipe vérifie que l' archivage est réalisé selon la procédure en vigueur dans l'établissement (PACS..) |
| 5 L'équipe vérifie que le patient est à jeun (si NON disponibilité du matériel si inhalation) , que le patient n'est pas allergique (si OUI, réponse dans le dossier) , s'il a une insuffisance rénale (si OUI, valeur du débit de filtration dans le dossier), s'il y a un risque infectieux et s'il y a un risque lié à l' irradiation (si OUI, information spécifié dans le dossier (ex : femme en âge de procréer) ainsi que la présence ou non d' anticoagulation et/ou d' anti agrégation | | 15 Les prescriptions post interventionnelles sont faites conjointement |
| 6 Le personnel qualifié vérifie que l' équipement et le matériel nécessaire pour l'intervention est présent et qu'il ne présente pas de dysfonctionnement, aussi bien pour la partie imagerie ainsi que pour la partie interventionnelle Le critère N/A ne concerne que les procédures réalisées sans anesthésie | | 16 Les transmissions sont effectuées. |
| 7 L'équipe qui reçoit le patient en salle, dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue, les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau, la disponibilité des accessoires, etc. | | |