

# 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 <b>Identification</b> : 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...) <b>Adéquation du dossier</b> : 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' <b>identité</b> , de l' <b>intervention</b> prévue et du <b>site opératoire</b> peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire  Le médecin vérifie également que l' <b>installation</b> 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' <b>antibioprophylaxie</b> 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 <b>matériel utilisé et/ou implanté est tracé</b> dans les bases de données propres à chaque centre 10 L'équipe confirme oralement le <b>décompte</b> correct des compresses, instruments et aiguilles N/A : décompte des compresses pas nécessaire quand il n'y a pas d'abord chirurgical 11 L'équipe vérifie que les <b>données dosimétriques</b> figurent dans le compte rendu 12 L'équipe vérifie que la nature et la quantité de <b>produit de contraste injecté</b> figure dans le compte rendu N/A si pas de contraste utilisé 13 Il importe que tout <b>événement</b> 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
2 L' <b>intervention</b> et le <b>site opératoire</b> 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		14 L'équipe vérifie que l' <b>archivage</b> est réalisé selon la procédure en vigueur dans l'établissement ( PACS.. ) 15 Les <b>prescriptions</b> post interventionnelles sont faites conjointement
3 <b>Préparation</b> faite selon les recommandations/procedures en vigueur dans l'établissement douche ou toilette pour les patients dépendants, dépiilation éventuelle (précisant le mode).	<b>Point clé pour un enfant!</b> 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	16 Les <b>transmissions</b> sont effectuées.
4 Le(s) <b>consentement(s) éclairé(s)</b> 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.		
5 L'équipe vérifie que le patient est à <b>jeun</b> ( si NON disponibilité du matériel si inhalation ) , que le patient n'est pas <b>allergique</b> ( si OUI, réponse dans le dossier ) , s'il a une <b>insuffisance rénale</b> ( si OUI, valeur du débit de filtration dans le dossier), s'il y a un <b>risque infectieux</b> et s'il y a un risque lié à l' <b>irradiation</b> ( si OUI, information spécifié dans le dossier (ex : femme en âge de procréer) ainsi que la présence ou non d' <b>anticoagulation</b> et/ou d' <b>anti agrégation</b>		
6 Le personnel qualifié vérifie que l' <b>équipement</b> et le <b>matériel</b> 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		
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.		