

# Liste de contrôle «Sécurité chirurgicale»

## 1 SIGN IN

### Avant induction de l'anesthésie

avec au moins l'équipe d'anesthésie

#### Vérification (et confirmation par le patient)

- Identité:** nom, prénom, date de naissance
- Type d'intervention**
- Site opératoire**
- Technique d'anesthésie prévue**
- Information donnée au patient – Consentement** (chirurgie et anesthésie)

#### **Vérification du marquage**

(dossier à l'appui, si possible avec la participation du patient)

- Marquage non exigé selon directive interne

#### **Vérification et confirmation de la sécurité anesthésique**

(matériel d'anesthésie, matériel respiratoire, monitoring tel que ECG, oxymètre de pouls, pression artérielle et médicaments)

#### Risques spécifiques au patient

##### Allergie connue?

- Non
- Oui (préciser)

##### Intubation difficile/risque de bronchoaspiration élevé?

- Non
- Oui, et équipement / assistance disponibles

##### Risque de perte sanguine >500 ml?

(7ml/kg en pédiatrie)

- Non
- Oui, et accès intraveineux et liquides en suffisance prévus

- Vérification de l'assignation à la salle d'opération correcte**

## 2 TEAM TIME OUT

### Avant incision de la peau

avec l'équipe technique et infirmière, l'équipe d'anesthésie, l'opérateur et les autres intervenants

- Présentation des membres de l'équipe** (nom et fonction)

#### Validation par tous les membres présents ou par les groupes professionnels concernés

- Identité:** nom, prénom, date de naissance
- Type d'intervention**
- Site opératoire** (marquage)
- Installation correcte**

#### Vérification de la prophylaxie antibiotique

- administrée dans les temps (en règle générale dans les 60 minutes précédant l'incision)?
- en cas de besoin, antibiotique prêt pour une nouvelle administration peropératoire?
- non indiquée

#### Anticipation d'événements critiques potentiels

Equipe d'anesthésie

- Risques spécifiques au patient**

Opérateur

- Etapes critiques ou inhabituelles**
- Durée de l'intervention**
- Perte sanguine anticipée**

Equipe technique et infirmière

- Confirmation de la stérilité** (instruments, matériel; avec les résultats des indicateurs)
- Remarques concernant le matériel ou autres problèmes**

#### Documents d'imagerie (radiographie, échographie, IRM, etc.) correspondant au patient et affichés correctement

- disponibles
- sans objet

#### Implants adéquats

- à disposition/disponibles en salle
- sans objet

## 3 SIGN OUT

### Avant la sortie de l'opérateur

avec l'équipe technique et infirmière, l'opérateur et l'anesthésiste

- Confirmation des actes chirurgicaux effectués**

#### Confirmation

- Décompte correct des instruments, compresses, aiguilles, etc.**
- sans objet
- Etiquetage correct des prélèvements et comparaison avec les formulaires et les récipients de laboratoire** (description, nom, prénom et date de naissance)
- sans objet

#### Problèmes de matériel?

- Non
- Oui (préciser)

Opérateur, anesthésiste et équipe technique et infirmière

- Information sur les aspects principaux à prendre en compte pour la prise en charge postopératoire et la suite du traitement du patient**