



## Directive - marquage préopératoire du site opératoire

- Principe:** **Aucun patient n'accède au sas d'un plateau technique sans marquage préalable (exceptions: voir liste page 2).**
- But :** Eviter les erreurs de sites opératoires.  
Le marquage correct et le contrôle répété de son exactitude ainsi que la vérification de la concordance avec le dossier constituent une mesure de sécurité essentielle et volontairement redondante.
- Qui:** C'est un médecin de l'équipe chirurgicale qui procède au marquage.  
Pour la chirurgie ophtalmologique c'est un soignant qui procède au marquage avec la contribution du patient.
- Le chirurgien / opérateur est responsable** du marquage.
- Comment:** Une **flèche** (  ) bien visible est dessinée avec un feutre noir (ou feutre visible pour les peaux de couleur), large et résistant à l'eau.
- Exception pour les interventions sur le visage : un morceau de ruban adhésif est appliqué sur le visage et la flèche est dessinée sur le ruban adhésif.
- Pour les laparoscopies, une **flèche avec un rond** (  ) bien visible est dessinée avec un feutre noir (ou feutre visible pour les peaux de couleur), large et résistant à l'eau.
- Où:** Chaque partie du corps devant subir une intervention est marquée. La marque indique clairement la zone concernée et reste si possible visible aussi après champage.
- Quand:** Dans tous les cas **avant** l'arrivée au plateau technique.
- Prévention de l'infection :** Pour le marquage des patients en isolement de contact, il faut jeter le feutre après usage - il ne doit pas être réutilisé pour d'autres patients afin de prévenir le risque de transmission des agents infectieux.
- Info pour les patients:** Les patients sont informés du marquage (flèche dessinée au feutre) et du but de cette mesure.

**Contrôle:**

0. Dans l'unité de soins  
Le "marquage de la zone d'intervention" doit être vérifié conformément à la check-list. La personne qui remplit la liste en question contrôle le marquage. Le contrôle doit être vérifié **de visu!** Pour éviter des engorgements et des discussions dans le sas, le contrôle principal doit intervenir au service, à la clinique de jour ou aux urgences
  1. Lors du Sign In  
Un deuxième contrôle du marquage est réalisé par les ISO-TSO-ATSO et/ou l'équipe d'anesthésie avant le transfert du patient sur la table d'opération
  2. Lors du Team Time Out  
Un troisième contrôle est effectué avec les ISO-TSO-ATSO, l'équipe d'anesthésie et l'équipe chirurgicale
- Si l'absence de marquage est constatée à un de ces trois contrôles, il faut appeler l'opérateur qui doit se charger du marquage pour pouvoir continuer le processus opératoire du patient

**Liste des exceptions (pas besoin de flèche):**Généralités

- Urgences vitales
- Prématurés (risque de tatouage en raison de la constitution de l'épiderme)
- Muqueuses ou sur les lésions apparentes
- Toutes les endoscopies et gestes associés qui ne nécessitent pas une incision cutanée
- Gestes sous radiologie hors bloc opératoire

Pour les gestes interventionnels effectués dans un environnement autre qu'un bloc opératoire, une directive spécifique sera établie.

Chirurgie viscérale

- Interventions proctologiques

Chirurgie orthopédique

- Blessures à la colonne vertébrale (pas de torsion préopératoire des patients!)

Chirurgie gynécologique

- Organes génitaux externes (sauf pathologie mammaire)

ORL

- Interventions sur la dentition
- Amygdalectomie
- Adénoïdectomie
- Panendoscopie (laryngoscopie, œsophagoscopie, bronchoscopie)
- Micro-laryngoscopie
- Diverticule de Zenker

Antalgie

- Gestes d'antalgie sauf gestes avec implantation de matériel

**Bibliographie:**

Bezzola P, Hochreutener MA, Schwappach DLB (2012). Operation Sichere Chirurgie. Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung: Kultur-Team-Tools. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit

Sommer Chr. (2014). Richtlinie präoperative Seitenmarkierung. Graubünden: Kantonsspital Graubünden

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Domaine d'application: Tous les services | Auteur: groupe de projet Progress ! La sécurité en chirurgie | Date de création: 11/2014<br>Date d'évaluation/révision: 03/2015<br>Date de libération : 03/2015 | Approuvé par: le collège des médecins du 25/06/2015 |
|--|--|--|---|