**Liste de contrôle „Sécurité chirurgicale“**

1. **Sign in**



**Avant induction de l’anesthésie**

avec au moins l’équipe d’anesthésie

1. **Team Time out**



**Avant incision de la peau**

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

1. **Sign out**



**Avant la sortie de l’opérateur**

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



**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, monitorage 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**



* **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

**Implant adéquats**

* à disposition/disponibles en salle
* sans objet



* **Confirmation des actes chirurgicaux effectués**



**Confirmation**

* **Décompte correct des instruments, compresses, aiguilles, etc.**
* sans objets
* **Etiquetage ou marquage correct des prélèvements et concordance 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**

Pour la présentation détaillée de la liste de contrôle ainsi que les recommandations concernant son application et sa mise en oeuvre, cf. la publication n°5 de la Fondation pour la Sécurité des Patients «Opération Sécurité chirurgicale»

© Fondation pour la Sécurité des Patients «Sécurité chirurgicale» (Version 1, 2012)