

Identification du patient
 Etiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Version 2013

Établissement :
 Date endoscopie : Heure (début) :
 Gastro-entérologue :
 Anesthésiste / IADE :
 Coordonnateur check-list :

La check-list a pour but de vérifier, de manière croisée au sein de l'équipe, que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.
 Le coordonnateur check-list est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le gastro-entérologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)

<p>1 L'identité du patient est correcte :</p> <ul style="list-style-type: none"> le patient a décliné son identité, sinon, <i>par défaut</i>, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour la partie endoscopique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <p>4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre <i>si besoin</i>, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> un risque allergique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non un risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<p>5 Le patient est à jeun <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable toute autre co-morbidité identifiée. <p>8 L'antibioprophylaxie est effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non indiquée</p> <p>9 Patient suspect ou atteint d'EST <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (en cas de réponse positive, l'endoscopie doit être considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC et il convient de se référer aux procédures en cours dans l'établissement en lien avec l'Instruction n°DGS/R13/2011/449)</p>
---	---

APRÈS L'ENDOSCOPIE

10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe du renseignement et de l'identification des **prélèvements** éventuels Oui Non Non applicable

11 Les **prescriptions** pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de **manière conjointe** Oui Non

En cas d'événement porteur de risque identifié lors du renseignement de la check-list, précisez la décision choisie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....