

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 <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier</p> <p><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 pour la partie anesthésique <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Non applicable</p> <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 un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation un risque de saignement important <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>5 Le patient est à jeun</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues</p> <p><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 ; toute autre co-morbidité identifiée. <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>8 L'antibioprophylaxie est effectuée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Non indiquée</p> <p>9 Patient suspect ou atteint d'EST (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> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....