

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

CHECK-LIST

SECURITE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Couloir

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)

- ① L'IDENTITE DU PATIENT est VERIFIEE Oui Non
- ② Le TYPE DE L'ENDOSCOPIE est CONFIRME Oui Non
- ③ Le PATIENT est A JEUN Oui Non NA
- ④ La PREPARATION (coloscopie, gastrostomie PE,...) a été EFFECTUEE Oui Non NA
- ⑤ Le MATERIEL nécessaire est disponible / OPERATIONNEL :
- pour L'ENDOSCOPIE (+/- biopsie, polypectomie, KT, LVO, GPE, Caps BRAVO...) Oui Non
 - pour L'ANESTHESIE (surveillance, ventilation, aspiration, intubation) Oui Non NA
- ⑥ Le PATIENT présente-t-il :
- un RISQUE ALLERGIQUE Oui Non
 - un RISQUE RESPIRATOIRE (risque inhalation, intubation difficile...) Oui Non
 - un RISQUE DE SAIGNEMENT (traitement AC ou AAP / NACO/ coagulopathie) Oui Non
 - des COMORBIDITES / TRAITEMENTS à prendre en compte en salle ou SSPI Oui Non
 - un DISPOSITIF MEDICAL IMPLANTE à prendre en compte (prothèse, pacemaker...) Oui Non
- ⑦ L'ANTIBIOPROPHYLAXIE a été EFFECTUEE Oui Non NA
- ⑧ **PATIENT SUSPECT OU ATTEINT D'ENCEPHALOPATHIE SPONGIFORME TRANSMISSIBLE** Oui 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)

En salle / en présence HGE, Anesth/IADE, IDE

APRÈS L'ENDOSCOPIE

- ⑨ CONFIRMATION orale par le personnel auprès du médecin de l'identification Oui Non NA
du correspondant et de la Renseignement de la nature des PRELEVEMENTS
- ⑩ Les PRESCRIPTIONS pour les SUITES immédiates de l'endoscopie sont faites Oui Non
DE MANIERE CONJOINTE

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

.....

.....

.....

.....

Validation du médecin / infirmière
Date