

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 PATIENT présente-t-il :
- un RISQUE ALLERGIQUE _ Oui _ Non
 - un RISQUE RESPIRATOIRE (risque inhalation, intubation difficile...) _ Oui _ Non
 - un RISQUE HEMORRAGIQUE (traitement AC ou AAP / NACO/ coagulopathie) _ Oui _ Non
 ⇒ SI OUI, a-t-il été géré ? _ 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
- ⑥ L'ANTIBIOPROPHYLAXIE a été EFFECTUEE _ Oui _ Non _ NA
- ⑦ **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**

- ⑧ 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
- ⑨ 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