

**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