

# CHECK-LIST

## « SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

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

Établissement : .....

Date endoscopie : ..... Heure (début) : .....

Gastro-entérologue : .....

Anesthésiste / IADE : .....

Coordonnateur check-list : .....

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><b>1</b> Identité du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le patient a décliné son nom, sinon, <i>par défaut</i>, autre moyen de vérification de son identité <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> </ul> <p><b>2</b> Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p><b>3</b> Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour la partie <b>endoscopique</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> <li>• pour la partie <b>anesthésique</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A</span></li> </ul> <p><b>4</b> Vérification croisée par l'équipe de <b>points critiques</b> et des mesures adéquates à prendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>allergie</b> du patient <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> <li>• <b>risque d'inhalation</b>, de difficulté d'intubation ou de <b>ventilation</b> au masque <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> <li>• risque de <b>saignement</b> important <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></li> </ul>	<p><b>5</b> Patient à jeun <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p><b>6</b> La <b>préparation adéquate</b> (coloscopie, gastrostomie) a été mise en œuvre <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA</span></p> <p><b>7</b> Vérification croisée de <b>situations spécifiques</b> entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment la gestion des <b>antiagrégants plaquettaires</b> et/ou des anticoagulants <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA</span></p> <p><b>8</b> <b>Antibioprophylaxie</b> effectuée <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA</span></p>
---	---

### APRÈS L'ENDOSCOPIE

**9** Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe de **l'étiquetage** des prélèvements, pièces opératoires, etc.  Oui  Non  N/A

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

En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....