La check-list d'endoscopie revisitée par l'aéronautique

STARAQS - Île de France
Mardi 26 avril 2016

Françoise Bérot Directeur Soins, Qualité & Risques, Hôpital Forcilles Fondation Cognacq-jay

Jérôme Rodriguez, Adjoint Directeur Sécurité des vols et Formation – Opérations Aériennes – Air France

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

Le contexte de la démarche

- 2014 : processus de la pec en endoscopie
  - Nouvelle approche de la Qualité & Gestion des Risques
  - Etape de la check list identifiée

- *« Cette check List peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe. »*

- Fin 2014 : ouverture de la journée Qualité & GDR aux domaines autres que la santé

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

1ère Rencontre

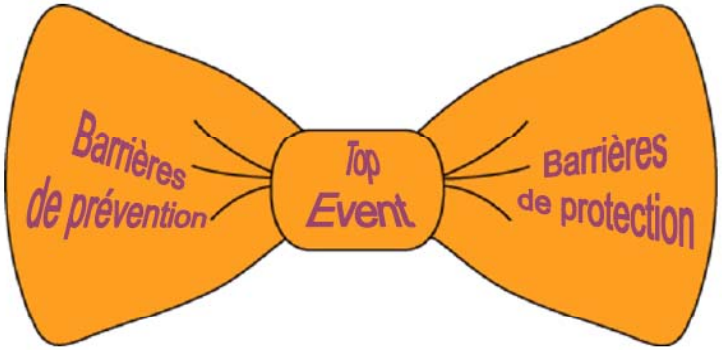
Qualité et Gestion de Risques

AIRFRANCE

SÉCURITÉ DES VOLS

Aéronautique & Santé,

un même enjeu de Culture Sécurité



Jeudi 11 décembre 2014 - 9 h 30 à 17 h 00

Travail interdisciplinaire

- Pilotage :
  - Air France et La Direction Soins, Qualité & Risques
  - Dr Hélène Dall'osto, Chef de pôle de Gastro-entérologie - Nutrition - Diabétologie, Hôpital Forcilles
  - Estelle Gonzalez, Infirmière, service Endoscopie, Hôpital Forcilles

- Participation de l'ensemble du personnel du service d'Endoscopie

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non
5. Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
9. Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

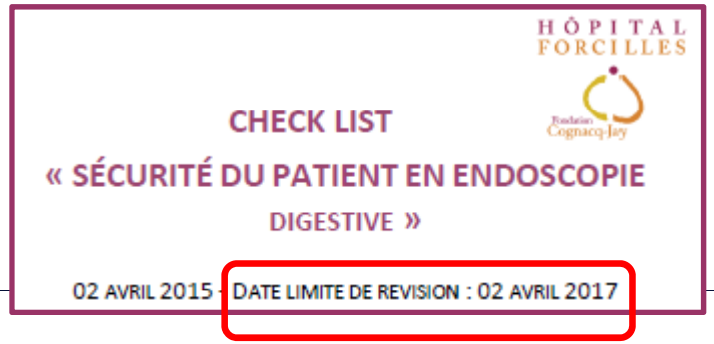
HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

Le référencement

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT
EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Version 2013



AIRFRANCE
SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non
5. Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
9. Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

Les intervenants

Établissement : .....

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

Gastro-entérologue : .....

Anesthésiste / IADE : .....

Coordonnateur check-list : .....

AF : OK mais précisions apportées

Gastro-entérologue .....

Anesthésiste .....

IDE aide-endoscopiste .....

IDE SSPI Coordonnateur Check list .....

Autre Médecin pour les GEP .....

AIRFRANCE

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

La Check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non
5. Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
9. Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

L'identification du patient

AF : OK mais précisions apportées

IDENTIFICATION DU PATIENT
Etiquette ou
Nom de naissance, prénom,
IPP
date de naissance,
sexe

Conformément à l'Instruction DGOS/MSIOS n° 2013-281 du 7 juin 2013

AIRFRANCE

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

Une seule check-list pour tout type d'examen endoscopique

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)

- EOGD ± GEP
- Coloscopie, rectoscopie
- EOGD ± Coloscopie

- Anesthésie générale
- Anesthésie locale
- Aucune anesthésie

Multiples combinaisons → AVANT L'ENDOSCOPIE

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. **L'identité du patient est correcte :**
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. **Le type de l'endoscopie est** confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. **Le matériel nécessaire pour** l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des **points critiques** et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque **allergique** — ❑ Oui ❑ Non
   - un **risque d'inhalation**, de difficulté d'**intubation** ou de **ventilation** au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de **saignement** important — ❑ Oui ❑ Non
5. **Le patient est à jeun** — ❑ Oui ❑ Non
6. La **préparation adéquate** (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de **situations spécifiques** entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des **antiagrégants plaquettaires** et/ou des **anticoagulants** ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. **L'antibioprophylaxie** est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
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) — ❑ Oui ❑ Non

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non
5. Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
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) — ❑ Oui ❑ Non

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

La vérification du type d'endoscopie

❷ Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier	☐ Oui	☐ Non

Quid des capacités cognitives du patient ?
Une seule série de cases pour deux items

2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient	☐ oui ☐ NA	☐ non
et dans tous les cas par le dossier	☐ oui	☐ non

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES SOINS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non
5. Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
9. Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

Le matériel opérationnel

❸ Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :

- pour la partie endoscopique ❑ Oui ❑ Non
- pour la partie anesthésique ❑ Oui ❑ Non

❑ Non applicable

3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est **opérationnel** conformément aux protocoles établis		
- pour la partie **endoscopique**	☐ oui	☐ non
- pour la partie **anesthésique**	☐ oui ☐ NA	☐ non

Révision de la feuille d'ouverture de la salle d'endoscopie

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1 L'identité du patient est correcte :
- le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non

2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non

3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
- pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
- pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates.
Le patient présente-t-il :
- un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
- un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
- un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non

5 Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non

6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
- la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
- toute autre co-morbidité identifiée.

8 L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée

9 Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

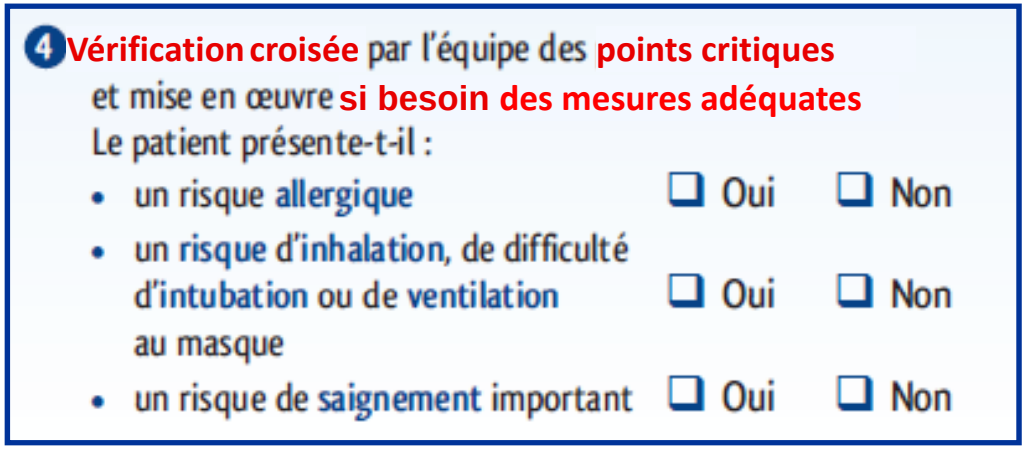
HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

La vérification des points critiques



4 Vérification croisée par l'équipe des **points critiques**
et mise en œuvre **si besoin des mesures adéquates**
Le patient présente-t-il :

- un risque allergique ❑ Oui ❑ Non
- un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ❑ Oui ❑ Non
- un risque de saignement important ❑ Oui ❑ Non

Vérification croisée par l'équipe :
définition en début de check list et validité pour tous les items
Idem pour la prise de mesures adéquates

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

La vérification des points critiques

02 AVRIL 2015 - DATE LIMITE DE REVISION : 02 AVRIL 2017

La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.

L'IDE SSPI Coordonnateur check-list en vérifie les items en coordination avec le gastro-entérologue, l'anesthésiste et l'IDE aide-endoscopiste, en salle d'endoscopie, juste avant la prémédication.

4. Vérification des points critiques		
- risque allergique	☐ oui	☐ non
- risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque	☐ oui	☐ non
- le risque de saignement important	☐ oui	☐ non

AIRFRANCE

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

La mise en œuvre *de mesures adéquates*

4. Vérification des points critiques		
- risque allergique	☐ oui	☐ non
- risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque	☐ oui	☐ non
- le risque de saignement important	☐ oui	☐ non

En cas d'événement porteur de risque identifié = **au moins une case NON**, précisez la décision prise en concertation multidisciplinaire.

……

……

……

……

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1 L'identité du patient est correcte :
- le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non

2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non

3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
- pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
- pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates.
Le patient présente-t-il :
- un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
- un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
- un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non

5 Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non

6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
- la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
- toute autre co-morbidité identifiée.

8 L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée

9 Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

La check list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1 L'identité du patient est correcte :
- le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non

2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non

3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
- pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
- pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates.
Le patient présente-t-il :
- un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
- un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
- un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non

5 Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non

6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
- la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
- toute autre co-morbidité identifiée.

8 L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée

9 Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

La préparation

6	La **préparation adéquate** (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues	❑ Oui ❑ **Non** ❑ Non applicable

Quelle préparation ?

Si NON : report de l'examen ?

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

La préparation sur la check list de Forcilles

6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie…) a été effectuée dans les conditions prévues	☐ oui ☐ NA	☐ non

Pas de modification / existence de protocoles spécifiant la préparation selon l'examen

En cas d'événement porteur de risque identifié **= au moins une case NON**, précisez la décision prise en concertation multidisciplinaire.

……

……

……

……

AIRFRANCE

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non
5. Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
9. Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

Les situation spécifiques

7 **Vérification croisée de situations spécifiques** entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :

- la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
- toute autre co-morbidité identifiée.

Vérification croisée, équipe :
Cf. définition en début de check list et validité pour tous les items

02 AVRIL 2015 - DATE LIMITE DE REVISION : 02 AVRIL 2017

La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.
L'IDE SSPI Coordonnateur check-list en vérifie les items en coordination avec le gastro-entérologue, l'anesthésiste et l'IDE aide-endoscopiste, en salle d'endoscopie, juste avant la prémédication.

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

Les situation spécifiques

7 **Vérification croisée de situations spécifiques** entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :

- la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; ☐ Oui ☐ Non ☐ Non applicable
- toute autre co-morbidité identifiée.

2 items ⇨ 2 réponses

7. Vérification des éléments suivants :		
- la gestion des **antiagrégants plaquettaires** et/ou des **anticoagulants**	☐ oui ☐ NA	☐ non
- toute autre co-morbidité identifiée	☐ oui ☐ NA	☐ non

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1 L'identité du patient est correcte :
- le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non

2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non

3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
- pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
- pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates.
Le patient présente-t-il :
- un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
- un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
- un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non

5 Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non

6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
- la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
- toute autre co-morbidité identifiée.

8 L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée

9 Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

L'évaluation EST

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)	☐ Oui	☐ Non

AF : Ok, néanmoins quelques modifications

9. La fiche EST est renseignée	☐ oui	☐ non

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non
5. Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
9. Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

Les prélèvements identifiés

AF : Ok, néanmoins quelques modifications

10. Renseignement et identification des prélèvements	☐ oui ☐ NA	☐ non

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non
5. Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée
9. Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

Les prescription pour les suites immédiates

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

11. Les prescriptions pour les suites immédiates sont faites	❑ oui	❑ non

02 AVRIL 2015 - DATE LIMITE DE REVISION : 02 AVRIL 2017

La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.

L'IDE SSPI Coordonnateur check-list en vérifie les items en coordination avec le gastro-entérologue, l'anesthésiste et l'IDE aide-endoscopiste, en salle d'endoscopie, juste avant la prémédication.

AIRFRANCE

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

La check-list d'endoscopie

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1 L'identité du patient est correcte :
- le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non

2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ❑ Oui ❑ Non

3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
- pour la partie endoscopique — ❑ Oui ❑ Non
- pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates.
Le patient présente-t-il :
- un risque allergique — ❑ Oui ❑ Non
- un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
- un risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non

5 Le patient est à jeun — ❑ Oui ❑ Non

6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable

7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
- la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non applicable
- toute autre co-morbidité identifiée.

8 L'antibioprophylaxie est effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ Non indiquée

9 Patient suspect ou atteint d'EST — ❑ 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)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE SFED

AIRFRANCE SKYTEAM

En cas d'Evénement Porteur de Risque

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

AF : à préciser

En cas d'événement porteur de risque identifié = **au moins une case NON**, précisez la décision prise en concertation multidisciplinaire.

.....

.....

.....

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

La check-list initiale, une check-list hétérogène

SÉCURITÉ DES VOLS

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)

1. L'identité du patient est correcte :
   - le patient a décliné son identité, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ☒ Oui ☐ Non
2. Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier — ☒ Oui ☐ Non
3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :
   - pour la partie endoscopique — ☒ Oui ☐ Non
   - pour la partie anesthésique — ☒ Oui ☐ Non ☐ Non applicable
4. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :
   - un risque allergique — ☒ Oui ☐ Non
   - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ☒ Oui ☐ Non
   - un risque de saignement important — ☒ Oui ☐ Non
5. Le patient est à jeun — ☒ Oui ☐ Non
6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues — ☒ Oui ☐ Non ☐ Non applicable
7. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :
   - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants ; — ☒ Oui ☐ Non ☐ Non applicable
   - toute autre co-morbidité identifiée.
8. L'antibioprophylaxie est effectuée — ☐ Oui ☐ Non ☒ Non indiquée
9. Patient suspect ou atteint d'EST — ☐ 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)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list « *Sécurité du patient en endoscopie digestive* » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE
SFED

La check-list de Forcilles
" All green ", " All left " !

SÉCURITÉ DES VOLS

IDENTIFICATION DU PATIENT
Etiquette ou
Nom de naissance, prénom,
IPP
date de naissance,
sexe

CHECK LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Date endoscopie .....Heure (début).....
Gastro-entérologue .....
Anesthésiste .....
IDE aide-endoscopiste .....
IDE SSPI Coordonnateur Check list .....
Autre Médecin pour les GEP .....

02 AVRIL 2015 - DATE LIMITE DE REVISION : 02 AVRIL 2017

La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.
L'IDE SSPI Coordonnateur check-list en vérifie les items en coordination avec le gastro-entérologue, l'anesthésiste et l'IDE aide-endoscopiste, en salle d'endoscopie, juste avant la prémédication.

AVANT L'ENDOSCOPIE

1. L'identité du patient est **correcte**
Le patient a décliné son identité
Sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité
☒ oui ☐ non

2. Le type de l'endoscopie est confirmé
par le patient ☒ oui ☐ NA
et dans tous les cas par le dossier ☒ oui ☐ non

3. Le matériel nécessaire pour l'intervention est **opérationnel** conformément aux protocoles établis
- pour la partie **endoscopique** ☒ oui ☐ non
- pour la partie **anesthésique** ☒ oui ☐ NA ☐ non

4. Vérification des points critiques
- risque allergique ☒ oui ☐ non
- risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ☒ oui ☐ non
- le risque de saignement important ☒ oui ☐ non

5. Le patient est à jeun ☒ oui ☐ NA ☐ non

6. La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie…) a été effectuée dans les conditions prévues ☒ oui ☐ NA ☐ non

7. Vérification des éléments suivants :
- la gestion des **antiagrégants plaquettaires** et/ou des **anticoagulants** ☒ oui ☐ NA ☐ non
- toute autre co-morbidité identifiée ☒ oui ☐ NA ☐ non

8. L'antibioprophylaxie est effectuée ☒ oui ☐ NA ☐ non

9. La fiche EST est renseignée ☒ oui ☐ non

*NA : Non Applicable

APRÈS L'ENDOSCOPIE

10. Renseignement et identification des prélèvements ☒ oui ☐ NA ☐ non

11. Les prescriptions pour les suites immédiates sont faites ☒ oui ☐ non

En cas d'événement porteur de risque identifié = **au moins une case NON**, précisez la décision prise en concertation multidisciplinaire.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HÔPITAL FORCILLES
Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

A l'issue de la lecture comparée de décembre 2014 : Initiation d'une EPP (1/2)

- **Validation et mise en œuvre de la check list propre à l'Hôpital Forcilles** 1er trimestre 2015

  Apprendre des Bonnes Pratiques de l'aéronautique
  - Une seule action par item
  - Pas de « flou »
  - Check-list « all green », « all left »

- **Temps d'appropriation avec évaluations intermédiaires**
  2nd trimestre 2015 et 1er trimestre 2016

AIRFRANCE SKYTEAM

A l'issue de la lecture comparée de décembre 2014 : Initiation d'une EPP (2/2)

- **Reprise du Questionnaire utilisé pour l'enquête observationnelle des pratiques issu de HAS et REQUA Franche Comté.**

  « Étude de l'implantation et de l'utilisation de la check-list « Sécurite du patient en Endoscopie digestive ». Évaluation de son utilisation sur une région donnée ». Juin 2011

2nd trimestre 2016

Bibliographie

- HAS. *Check List « Endoscopie du patient en endoscopie digestive ».* 2013.
- HAS et REQUA Franche Comté. *Étude de l'implantation et de l'utilisation de la check-list « Sécurite du patient en Endoscopie digestive ». Évaluation de son utilisation sur une région donnée.* Juin 2011.

HÔPITAL FORCILLES

Fondation Cognacq-Jay

SÉCURITÉ DES VOLS

Merci pour votre attention

AIRFRANCE

SKYTEAM