

Date/Heure : ____/____/____ hh:mm ____ Lieu (site, unité, local) : _____

Numéro de dossier : _____ Type d'évènement : ☐ Code bleu ☐ Code rose ☐ Code rose néonatal

	Oui	Non	S.O.*	Commentaires
L'initiation des manœuvres de réanimation				
Le code a été lancé rapidement.	☐	☐	☐	
Le lieu était bien identifié.	☐	☐	☐	
Le personnel de sécurité s'est assuré que l'équipe d'intervention rapide a pu se rendre rapidement au lieu indiqué (ascenseur, porte, etc.).	☐	☐	☐	
Les compressions thoraciques ont été initiées dès le constat de l'arrêt cardiorespiratoire.	☐	☐	☐	
Le chariot pré-code était à proximité.	☐	☐	☐	
Les informations nécessaires contenues au dossier ont été rapidement communiquées (ex. niveau de soins)	☐	☐	☐	
L'équipe d'intervention rapide (EIR)				
L'EIR a reçu un rapport clair et précis lors de son arrivée.	☐	☐	☐	
Tous les intervenants de l'EIR sont arrivés rapidement sur le lieu.	☐	☐	☐	
Chaque intervenant connaissait son rôle et l'a respecté dans ses interventions.	☐	☐	☐	
Le matériel requis a été apporté sur le lieu par l'EIR.	☐	☐	☐	
Le chef de service ou le coordonnateur était présent.	☐	☐	☐	
Le matériel et les médicaments				
Le matériel du chariot pré-code était disponible, fonctionnel et complet.	☐	☐	☐	
Le matériel du char de réanimation était disponible, fonctionnel et complet.	☐	☐	☐	
Le cabaret de médicaments était complet.	☐	☐	☐	
L'équipement au chevet de l'utilisateur était fonctionnel et complet.	☐	☐	☐	

*S.O. : Sans objet

	Oui	Non	S.O.*	Commentaires
Le déroulement des manœuvres de réanimation				
L'environnement était facilitant pour le bon déroulement des manœuvres de réanimation.	☐	☐	☐	
Le climat permettait la communication entre les intervenants.	☐	☐	☐	
L'équipe de soins a été impliquée dans les manœuvres de réanimation.	☐	☐	☐	
Les notes ont été rédigées sur le formulaire prévu à cet effet par l'infirmière responsable de l'usager.	☐	☐	☐	
Les manœuvres ont été pratiquées selon les lignes directrices en vigueur : • Rythme et profondeur des compressions thoraciques • Ratio compressions/ventilation • Changement de masseur chaque 2 minutes minimalement. • Compressions thoraciques interrompues le moins possible.	☐	☐	☐	
La famille a été informée par le personnel concerné.	☐	☐	☐	
Le transfert vers l'unité/établissement approprié s'est fait dans un délai raisonnable.	☐	☐	☐	

*S.O. : Sans objet

Commentaires généraux :

Points positifs :

Points à améliorer :

Signature et titre : _____ **Date :** aaaa/mm/jj

Signature et titre : _____ **Date :** aaaa/mm/jj

Remettre à votre chef de service dans les plus brefs délais.