Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

Avant l'induction L'infirmière en présence de l'anesthésiste vérifie	**Avant l'incision « Time out »** L'infirmière en présence de l'anesthésiste & du chirurgien	**Avant la sortie « Sign out »** L'infirmière en présence de l'anesthésiste & du chirurgien
1. **Information sur l'usager** 1.1 L'usager confirme son identité, l'intervention, le site et son consentement ? ☐ Oui ☐ Non Si non, spécifiez :_____ 1.2 Allergies connues ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ Bracelet en place 1.3 Le site de l'intervention est-il marqué ? ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A **2. Sécurité anesthésique** 2.1 L'équipement et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? ☐ Oui ☐ Non Si non, précisez : _____ 2.2 Les moniteurs requis pour l'anesthésie sont en place ? ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A Si non, précisez : _____ 2.3 Anticipation d'un risque d'intubation difficile ☐ Oui et équipement disponible ☐ Non **3. Risque de perte sanguine** ☐ Oui ☐ Code 50 ☐ Sang en réserve ☐ Non **4. Équipement chirurgical** 4.1 L'appareillage spécialisé a été vérifié ? ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A	**1. L'infirmière dirige le « Time out » à voix haute : Bon usager** Concordance du nom et du numéro de dossier entre le bracelet, le dossier et le programme opératoire. ☐ Oui ☐ Non **2. Bonne intervention** Accord entre consentement et requête opératoire ☐ Oui ☐ Non. Spécifier : _____ **3. Bon côté** Vérification à faire lorsqu'il y a latéralité ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A **4. Allergies** ☐ Oui : Si oui : ☐ Bracelet en place ☐ Non **5. Stérilité** Vérification des indicateurs chimiques et filtres ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A **6. Images radiologiques** ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A **7. Antibioprophylaxie** ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A **8. Anticoaguloprophylaxie** ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A **9. Autre :** ☐ Implant ☐ Harpon ☐ Autre(s):_____	**L'Infirmière confirme à voix haute :** **1. Type d'intervention exécutée avec le chirurgien et l'enregistrer au dossier de l'usager** ☐ Oui ☐ Non **2. Décompte final est complet** ☐ Oui ☐ Non **3. Identification des prélèvements** Lecture à voix haute des étiquettes avec le nom de l'usager ☐ Oui ☐ Requête remis au chirurgien **4. Dysfonctionnement de matériel à résoudre** ☐ Oui, précisez :_____ ☐ Non **5. Préoccupations post-op** ☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non
Signature: _____Inf. **Date :** aaaa/mm/jj	**Signature: _____Inf.** **Date :** aaaa/mm/jj	**Signature: _____Inf.** **Date :** aaaa/mm/jj