

LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

www.safesurgerysaveslives.ca

□ EXPLICATION DÉTAILLÉE DES ÉLÉMENTS DE LA LISTE DE VÉRIFICATION



Mai 2009

Accroître la sécurité du système de santé

EXPLICATION DÉTAILLÉE DES ÉLÉMENTS DE LA LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

Mai 2009 - Version 1.0

Ce document a pour but de guider la mise en œuvre de la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire. Les équipes devraient noter leur conformité à chaque élément de la liste de vérification de la façon qui convient le mieux à leurs besoins particuliers, ce qui variera d'un hôpital à l'autre.

Tout membre de l'équipe de chirurgie (chirurgien¹, anesthésiologiste, infirmière, technicien ou autre membre du personnel du bloc opératoire) peut agir comme coordonnateur de la liste de vérification, mais le chirurgien dont le patient est pour être opéré est peut-être la personne la mieux placée pour diriger le processus. Ceci étant dit, la responsabilité de respecter les éléments de la liste de vérification incombe à tous les membres de l'équipe de chirurgie. Si des observations doivent être faites, chaque membre de l'équipe doit se sentir à l'aise de faire ces observations pour que le processus puisse se dérouler correctement.

Des ressources et des outils additionnels pour aider les organisations à mettre en œuvre la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire se trouvent sur le site web www.safesurgerysaveslives.ca et dans la Communauté de pratique sur les chirurgies sécuritaires.

Le présent document est basé sur la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire de l'Organisation mondiale de la santé et sur le manuel de mise en œuvre de cette liste, soit le WHO Surgical Safety Checklist and Implementation Manual, URL <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> © Organisation mondiale de la santé 2008, adaptée par le groupe de travail interne au Canada, avec le soutien de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

¹ Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

INSTRUCTIONS – Avant l'induction de l'anesthésie

Le chirurgien, l'anesthésiologiste et le personnel infirmier doivent être présents à cette séance d'information. Le coordonnateur de la liste de vérification devrait demander à tous les membres de l'équipe de se présenter en énonçant leur nom et le rôle qu'ils remplissent. Après le transfert du patient de la salle d'urgence, de l'unité de soins ou de l'unité de soins intensifs, chacune des vérifications prévues pour la séance d'information devrait être entreprise, et le coordonnateur de la liste de vérification devrait confirmer que tous les éléments ont été vérifiés en même temps ou de manière séquentielle, selon le processus de préparation pour l'anesthésie.

□ Vérification de sécurité du matériel d'anesthésie - achevée

- Le coordonnateur de la liste de vérification confirme auprès de l'anesthésiologiste que toutes les vérifications pré-anesthésie appropriées ont été faites conformément aux politiques locales ou départementales, comme la « liste de vérification pré-anesthésie » (Pre-Anesthetic Checklist²).

□ Information sur le patient

• *Identité (2 éléments identificateurs)*

Le coordonnateur obtient du patient une confirmation verbale:

- de son identité, en se servant de deux éléments identificateurs (par ex., bracelet d'hôpital/confirmation verbale)
- du type de procédure planifiée, du site de l'intervention, du côté et du niveau de la chirurgie
- de son consentement relatif à la chirurgie

• *Consentement*

² De plus amples renseignements se trouvent dans le document « Information, raison d'être et FAQ »

EXPLICATION DÉTAILLÉE DES ÉLÉMENTS DE LA LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

www.safesurgerysaveslives.ca

Le consentement est généralement obtenu dans le bureau du chirurgien, et l'infirmière confirme verbalement que le formulaire de consentement a été signé. Dans le cas d'interventions non urgentes, s'il est impossible d'obtenir le consentement du patient (par ex., dans le cas d'enfants, de patients frappés d'incapacité), un tuteur ou un membre de la famille peut fournir le consentement. Dans le cas d'une intervention d'urgence, « lorsque le patient ou un décideur substitut ne peut donner son consentement et qu'il peut être démontré qu'il y a de graves souffrances ou une menace imminente de mort ou de détérioration grave de la santé, un médecin a le devoir de faire ce qui est nécessaire dans l'immédiat sans obtenir de consentement. Les traitements d'urgence devraient être limités aux traitements nécessaires pour prévenir des souffrances prolongées ou pour remédier à une menace imminente de mort, de perte d'un membre ou de détérioration de la santé. Même s'il est incapable de parler, les désirs connus du patient doivent être respectés »³. Une note judicieuse et exhaustive doit être insérée dans le dossier du patient et la case concernant l'information sur le patient sur la liste de vérification doit être laissée vierge.

- ***Site et procédure***

Ces éléments ont été confirmés par le patient à l'étape **Identité** et le chirurgien et un autre membre de l'équipe médicale les confirment de nouveau.

- ***Site, côté et niveau marqués***

Cette étape est l'occasion de vérifier une deuxième fois le site correct de l'intervention chirurgicale. Lorsque le chirurgien n'est pas le coordonnateur de la liste de vérification, la personne remplissant cette fonction confirme que le chirurgien faisant l'opération a marqué le site de l'intervention (habituellement à

³ Evans, KG. Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada. 4^e édition. L'Association canadienne de protection médicale. https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/consent_guide/com_cg_beforewebegin-e.cfm

l'aide d'un marqueur-feutre indélébile). Au minimum, le site doit absolument être marqué si la procédure peut se faire du côté droit ou du côté gauche ou si les structures ou les niveaux sont multiples (par ex. un doigt particulier, une lésion cutanée particulière ou une vertèbre particulière). Le marquage du site dans le cas de structures médianes (par ex., la thyroïde) ou de structures uniques (par ex., la rate) doit se faire conformément à la pratique locale.

- ***Documentation clinique***

Le coordonnateur de la liste de vérification (chirurgien ou anesthésiologiste) est responsable de revoir la documentation et de faire savoir à l'équipe qu'elle est suffisante pour indiquer clairement l'état du patient et justifier l'intervention planifiée. La documentation (écrite ou électronique) pourrait aussi inclure la confirmation de l'identité du patient et/ou le marquage (par le chirurgien) du site de l'intervention proposée. Ce qui est documenté en réalité devrait être conforme à la pratique locale/départementale.

- ***Antécédents, condition physique, laboratoires, biopsies et radiographies***

Cette section permet à l'équipe du bloc opératoire de passer brièvement en revue les détails importants concernant les antécédents du patient, son examen physique et les résultats de laboratoire, de biopsies et de radiographies qui ont servi à justifier l'opération. Un bref compte rendu décrivant le patient, les investigations entreprises et la prise de décisions sont utiles à toute l'équipe et devraient être fournis à tous les membres de l'équipe de bloc opératoire.

- **Examen des résultats finaux des tests**

Le chirurgien ou l'anesthésiologiste devraient énoncer les résultats de tous les examens de laboratoire et les examens radiographiques qui sont pertinents eu égard à l'intervention chirurgicale. Par exemple, toutes les anomalies liées aux électrolytes et tous les résultats de

tests de coagulation chez un patient dont l'anticoagulation a été inversée, etc., devraient être notés.

❑ Confirmation qu'une imagerie doit être affichée

Le coordonnateur de la liste de vérification devrait déterminer si une imagerie est nécessaire. Le cas échéant, le coordonnateur devrait confirmer verbalement que l'imagerie essentielle est disponible et qu'elle est affichée bien en vue. Certaines équipes de blocs opératoires choisissent d'inclure dans cette partie de la liste de vérification une vérification de la présence et du bon fonctionnement d'un système de guidage par imagerie; le chirurgien devrait indiquer à ce moment-là s'il a besoin d'imagerie pendant l'intervention chirurgicale (par ex, échographie per-opératoire).

❑ Classification ASA

L'anesthésiologiste devrait communiquer la classification ASA du patient à l'équipe du bloc opératoire avant l'induction de l'anesthésie et l'incision⁴.

❑ Allergies

Le coordonnateur de la liste de vérification adresse cette question à l'anesthésiologiste et au chirurgien : Le patient souffre-t-il de quelque allergie connue? (Si oui, quelles sont les allergies précises dont il souffre?) Cette question est posée pour confirmer que l'anesthésiologiste et le chirurgien sont conscients des allergies dont le patient pourrait souffrir. Si le coordonnateur est au courant d'une allergie dont l'anesthésiologiste et le chirurgien ne sont pas conscients, il doit leur communiquer cette information et en discuter avec eux.

❑ Médicaments

- *Antibiotiques prophylactiques : double dose?*

⁴ De plus amples renseignements se trouvent dans le document « Information, raison d'être et FAQ »

Le coordonnateur de la liste de vérification demande si des antibiotiques prophylactiques ont été administrés au cours des 60 dernières minutes. Le membre de l'équipe responsable de l'administration des antibiotiques (habituellement l'anesthésiologiste) en fournit la confirmation verbale. Si des antibiotiques prophylactiques n'ont pas été administrés, ils doivent être administrés avant que l'incision soit pratiquée. Si des antibiotiques prophylactiques ont été administrés plus de 60 minutes avant que l'incision soit pratiquée, l'équipe devrait envisager d'administrer une deuxième dose d'antibiotiques au patient. Le calcul du temps écoulé devrait prendre en compte la durée de circulation des antibiotiques et la durée du temps de garrot.

- ***Contrôle de la glycémie***

Le coordonnateur de la liste de vérification peut considérer que cet élément est vérifié si la glycémie du patient a été mesurée et que l'équipe a été mise au courant des résultats.

- ***Bêtabloquants***

Le coordonnateur de la liste de vérification devrait confirmer si le patient reçoit des bêtabloquants, afin que l'équipe du bloc opératoire sache que le patient peut avoir une réponse sympathique atténuée (à une anesthésie légère et/ou à une perte de sang)⁵. De plus, si le patient a reçu des bêtabloquants et que ceux-ci ont été interrompus pendant la période préopératoire immédiate, l'anesthésiologiste doit être mis au courant de ce fait afin que des bêtabloquants puissent être ré-administrés au patient pour réduire au minimum la probabilité d'ischémie ou d'infarctus du myocarde.

- ***Anticoagulothérapie (par ex. warfarine)***

⁵ Soto RG & Glass PSA. Consciousness Monitoring in the Elderly. Chapter 20. In: Geriatric Anesthesia, Sieber F (Ed.). First Edition. Toronto: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2007

Le coordonnateur de la liste de vérification devrait demander si le patient a pris des anticoagulants, quels qu'ils soient, s'ils ont été interrompus et réutilisés, si de l'héparine a été utilisée comme substitut puis interrompue et si le patient a subi un test pour le temps de prothrombine et le temps de céphaline.

❑ **Prophylaxie contre la TEV : *Anticoagulants et prophylaxie mécanique***

Le coordonnateur de la liste de vérification devrait s'assurer que l'équipe du bloc opératoire a prévu un plan approprié pour la prévention per-opératoire ou postopératoire de la thrombo-embolie veineuse, conformément à la politique de l'hôpital⁶.

❑ **Difficultés respiratoires / risque d'aspiration**

Le coordonnateur de la liste de vérification devrait d'abord confirmer que l'anesthésiologiste a évalué le degré de difficulté associé aux voies respiratoires du patient et la probabilité d'aspiration de contenu gastrique dans les poumons. Si l'anesthésiologiste détermine que le patient risque d'éprouver des difficultés respiratoires et qu'il y a risque d'aspiration, le coordonnateur de la liste de vérification demandera la confirmation que l'anesthésiologiste dispose de toute l'aide et de tout le matériel dont il a besoin au chevet du malade.

❑ **Surveillance**

Le coordonnateur de la liste de vérification confirme avec l'anesthésiologiste que :

- Tous les moniteurs classés comme étant « requis »⁶ dans les lignes directrices relatives à la pratique de l'anesthésie sont (ou seront) utilisés de manière continue.
- Tous les moniteurs additionnels indiqués pour l'intervention chirurgicale prévue sont disponibles. Si l'équipement de surveillance requis n'est pas disponible, le chirurgien et l'anesthésiologiste doivent évaluer la gravité de

⁶ De plus amples renseignements se trouvent dans le document « Information, raison d'être et FAQ »

l'état du patient et envisager de remettre la chirurgie jusqu'à ce que le matériel nécessaire ait été obtenu. Dans des cas urgents, pour sauver une vie ou des membres, cette exigence peut être suspendue.

▣ **Perte de sang**

- ***Perte prévue supérieure à 500 ml (adulte) ou supérieure à 7 ml/kg (enfant)***

Le coordonnateur de la liste de vérification demande au chirurgien si le patient (adulte) pourrait perdre plus de 500 ml de sang (ou plus de 7 ml/kg dans le cas d'un enfant) pendant la chirurgie, afin d'assurer que tous sont au courant de la possibilité que cet événement grave puisse se produire et qu'ils y sont préparés. Si le patient risque de perdre beaucoup de sang et d'être victime d'instabilité hémodynamique ou de quelque autre complication grave liée à la procédure, les membres des équipes de chirurgie et d'anesthésie doivent revoir à haute voix les plans précis et toutes les préoccupations liées à la réanimation du patient. Plus particulièrement, l'anesthésiologiste devrait décrire toutes les caractéristiques ou les morbidités du patient qui compliquent l'intervention (par ex., maladie cardiaque ou pulmonaire, affections sanguines, etc.) et énoncer son intention de transfuser des produits sanguins. Il est entendu que de nombreuses opérations ne soulèvent pas de préoccupations aussi cruciales et ne comportent pas de complications potentielles graves devant être communiquées à toute l'équipe. Dans ces cas, l'anesthésiologiste peut simplement dire : « Je n'ai pas d'inquiétudes particulières en ce qui concerne ce patient ou son opération. »

- ***Produits sanguins nécessaires et disponibles***

Si l'intervention chirurgicale peut entraîner une perte de sang supérieure à 500 ml, il est très fortement recommandé que le patient soit équipé d'au moins deux grosses lignes de perfusion ou d'un cathéter veineux central avant que

l'incision sur la peau soit pratiquée. En outre, l'équipe du bloc opératoire devrait confirmer que des fluides ou du sang pour la réanimation sont disponibles.

- ***Patient groupé, examiné et soumis à l'épreuve de compatibilité sanguine croisée***

Si l'utilisation d'un « cell-saver » est envisagée, les mesures voulues devraient être prises pour assurer que le matériel approprié est disponible et que le personnel est prêt à intervenir.

❑ **Examen(s) du ou des chirurgiens**

- ***Préoccupations particulières au sujet du patient, étapes cruciales et instruments spéciaux ou implants***

Une discussion des « événements critiques ou imprévus » vise à tout le moins à informer tous les membres de l'équipe de toutes les étapes qui accroissent les probabilités que le patient soit victime d'une perte de sang rapide, d'une blessure ou de quelque autre morbidité importante. Cette discussion se veut aussi une occasion de revoir toutes les étapes de la procédure au cours desquelles de l'équipement spécial, des implants ou des préparatifs peuvent être nécessaires. Dans le cas des implants, il faudrait obtenir la confirmation de la disponibilité des implants de diverses tailles qui pourraient être utilisés.

❑ **Examen(s) du ou des anesthésiologistes**

- ***Préoccupations particulières au sujet du patient et plans de réanimation critique***

Le coordonnateur de la liste de vérification demande ensuite à l'anesthésiologiste de décrire toutes ses préoccupations particulières au sujet du patient, de l'intervention chirurgicale et des plans de réanimation critique.

❑ **Examen(s) de l'infirmière ou des infirmières**

- *Préoccupations particulières au sujet du patient, résultats de l'indicateur de stérilité et questions relatives au matériel et aux implants*

L'infirmière aseptique devrait confirmer verbalement que la stérilisation des instruments chirurgicaux a été vérifiée. Tout écart entre les résultats attendus et les résultats réels de l'indicateur de stérilité des instruments, d'autre matériel et des implants devrait être signalé à tous les membres de l'équipe et le problème devrait être résolu avant que l'incision soit pratiquée. Les membres de l'équipe du bloc opératoire, y compris, s'il y a lieu, les représentants du fabricant de matériel chirurgical, ont aussi l'occasion, à ce moment-là, de déterminer s'il est nécessaire de discuter des problèmes liés à l'équipement et à d'autres préparatifs en vue de l'opération ou des préoccupations liées à la sécurité soulevées par l'infirmière aseptique ou l'infirmière circulante. S'il n'y a pas de préoccupations particulières, l'infirmière aseptique peut simplement dire : *La stérilité a été vérifiée. Je n'ai pas de préoccupations particulières.* »

❑ **Installation et soutien du patient/ appareils de réchauffement**

Si le patient n'est pas encore dans la position voulue pour l'opération, le chirurgien et l'anesthésiologiste confirmeront la position dans laquelle le patient doit être. L'infirmière circulante confirmera que les appareils de soutien et de réchauffement du patient sont en place ou disponibles en vue du moment où la position du patient devra être modifiée⁷.

❑ **Précautions spéciales**

D'autres préoccupations au sujet du travail en équipe crucial peuvent ne pas être énumérées. Il y a d'abord les préoccupations liées au transport du patient au bloc opératoire. Par exemple, y a-t-il des drains fermés par un clamp pendant le transport au bloc opératoire qui ont été rouverts? Tous les appareils de surveillances ont-ils été

⁷ De plus amples renseignements se trouvent dans le document « Information, raison d'être et FAQ »

reconnectés au bon moniteur et toutes les lignes ont-elles été reconnectées de manière appropriée? D'autres préoccupations peuvent être liées à des préparatifs spéciaux pour dérivation veineuse, clampage total, etc. C'est aussi le moment approprié pour soulever les préoccupations au sujet des précautions à prendre pour prévenir les infections et des précautions associées au latex.

❑ Durée prévue de l'opération/ destination postopératoire

L'endroit où sera conduit le patient après l'opération doit être considéré. Dans le cas de procédures longues, la destination prévue d'un patient peut changer et doit donc faire l'objet d'un suivi. La durée prévue de l'opération peut aussi varier considérablement et le chirurgien doit informer les autres membres de l'équipe des facteurs pouvant rendre la durée de l'opération imprévisible.

À CE POINT, LA SÉANCE D'INFORMATION EST TERMINÉE ET L'ÉQUIPE PEUT PROCÉDER À L'INDUCTION DE L'ANESTHÉSIE, SUIVIE DU POSITIONNEMENT, DE LA PRÉPARATION ET DU DRAPAGE DU PATIENT.

PAUSE : AVANT L'INCISION DE LA PEAU

Pour assurer que les questions cruciales concernant le patient sont abordées pendant la « **pause** », le coordonnateur de la liste de vérification dirige une discussion avec le chirurgien, l'anesthésiologiste et le personnel infirmier au sujet du plan de l'opération. Il peut aussi simplement poser à haute voix à chaque membre de l'équipe la question qui le concerne. L'ordre de discussion des points n'a pas d'importance, mais toute case sur la liste devrait être cochée seulement une fois que chaque discipline clinique a fourni l'information voulue. Dans le cas d'opérations courantes ou d'opérations que toute l'équipe connaît bien, le chirurgien peut simplement dire : « C'est un cas courant de « X », avant de demander à l'anesthésiologiste et aux infirmières s'ils ont des préoccupations particulières.

EXPLICATION DÉTAILLÉE DES ÉLÉMENTS DE LA LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

www.safesurgerysaveslives.ca

❑ Tous les membres de l'équipe se présentent en énonçant leur nom et le rôle qu'ils remplissent

Le coordonnateur demande à tous les membres de l'équipe du bloc opératoire de se présenter en énonçant leur nom et le rôle qu'ils remplissent, si cela n'a pas été fait plus tôt, ou si une personne n'ayant pas été présentée plus tôt entre dans le bloc opératoire.

❑ Le chirurgien, l'anesthésiologiste et l'infirmière confirment verbalement :

- le nom du patient;
- l'opération devant être faite;
- le site, le côté et/ou le niveau de la chirurgie;
- les antibiotiques prophylactiques : la dose répétée
- la position optimale finale du patient, y compris la sécurité des voies aériennes du patient.

❑ Y a-t-il quelqu'un qui a d'autres questions ou préoccupations avant que nous procédions à l'opération?

Cette question fournit une occasion de faire une dernière vérification auprès de toute l'équipe du bloc opératoire et assurer que personne n'a de questions ou de préoccupations avant que l'incision soit pratiquée. Si cette question donne lieu à d'autres discussions, la case ne peut être cochée que si toutes les préoccupations et les questions sont réglées de manière appropriée et à la satisfaction des membres de l'équipe du bloc opératoire qui les ont soulevées.

**À CE POINT, LA PAUSE EST TERMINÉE ET L'ÉQUIPE PEUT PROCÉDER À
L'OPÉRATION**

RETOUR SUR L'INTERVENTION – Avant que le patient ne quitte le bloc opératoire

Le **retour sur l'intervention**, qui peut être amorcé par l'infirmière circulante, le chirurgien ou l'anesthésiologiste, devrait avoir lieu avant que le chirurgien ne quitte le bloc opératoire. Le retour sur l'intervention peut coïncider avec la fermeture de la plaie. Ici encore, une case doit être cochée seulement lorsque le coordonnateur de la liste de vérification confirme que tous les éléments s'y rattachant ont été traités.

□ Le chirurgien revoit avec l'équipe entière :

• ***La procédure***

Comme la procédure peut avoir changé au fil de la chirurgie, le coordonnateur de la liste de vérification devrait obtenir du chirurgien et de l'équipe la confirmation de la procédure exacte qui a été utilisée. Cette vérification est le plus facile à faire en posant la question suivante : « Quelle est la procédure qui a été utilisée? »

• ***Les événements per-opératoires importants***

Si des événements per-opératoires importants sont survenus, comme des découvertes imprévues ou des changements dans le plan opératoire, ces événements devraient être résumés par le chirurgien. Dans de nombreux cas, le chirurgien peut simplement énoncer qu'une chirurgie « courante » a été faite.

• ***L'équilibre et la gestion hydriques***

Le chirurgien revoit avec l'anesthésiologiste toutes les préoccupations et les questions liées à la gestion postopératoire des fluides, des électrolytes, du sang et des colloïdes. À cette étape, il faut arriver à un consensus, à savoir si le patient a « du retard » ou « de l'avance » relativement à l'équilibre hydrique, afin de faciliter la rédaction et l'exécution des ordonnances postopératoires qui

reflètent le mieux l'état global du patient en ce qui concerne son bilan hydrique et électrolytique.

□ L'anesthésiologiste revoit avec l'équipe entière :

- ***Les événements per-opératoires importants***

Si des événements per-opératoires importants liés à l'anesthésie sont survenus, l'anesthésiologiste devrait les résumer. Dans de nombreux cas, l'anesthésiologiste peut simplement dire qu'une anesthésie « courante » a été faite.

- ***Les plans de réanimation (y compris ventilation postopératoire, gestion de la douleur, glycémie et température)***

L'anesthésiologiste revoit avec le chirurgien toute préoccupation ou toute question liée à la ventilation postopératoire, à la gestion de la douleur, au contrôle de la glycémie et à la correction ou au maintien de la température. Il devrait y avoir entente quant aux plans de réanimation qui seront mis en œuvre dans l'unité de soins post-anesthésie et poursuivis lorsque le patient sera transféré à l'unité de soins ou aux soins intensifs.

□ L'infirmière ou les infirmières revoient avec l'équipe entière :

- ***Le compte des éponges, des aiguilles et des instruments chirurgicaux***

L'infirmière aseptique ou l'infirmière circulante confirme verbalement que le compte des éponges, des aiguilles et des instruments chirurgicaux est exact. Lors d'interventions chirurgicales ayant nécessité l'entrée dans une cavité corporelle, il faut confirmer que le compte des instruments chirurgicaux a été fait. Si le compte des instruments ne correspond pas au chiffre prévu, l'équipe doit être mise au courant afin que les mesures nécessaires puissent être prises (par exemple, examen des champs stériles, des rebuts et de la plaie ou, s'il y a lieu, obtention de radiographies).

- ***L'étiquetage et la gestion des prélèvements***

L'infirmière circulante confirme verbalement que tous les prélèvements faits pour analyse pathologique pendant l'opération sont correctement étiquetés en lisant à voix haute le nom du patient, la description du prélèvement, le type d'examen pathologique demandé et toute marque particulière sur le prélèvement.

- ***Les événements per-opératoires importants (y compris les défaillances d'équipement)***

Le coordonnateur de la liste de vérification doit s'assurer que tout problème lié à l'équipement qui survient pendant une opération est porté à la connaissance de l'équipe et qu'un plan est en place pour faire face à toute défaillance.

□ Changement de la destination postopératoire

Il est important de confirmer si le patient sera envoyé ou non à l'unité de soins post-anesthésie, puis dans une unité de soins ordinaire, ou s'il aura besoin d'un lit à l'unité des soins intensifs. Toute préoccupation relative à la disponibilité d'un lit dans l'unité de soins doit être traitée, notamment si le patient doit passer plus de temps que prévu à l'unité de soins post-anesthésie (par ex., en attendant son transfert dans un lit de l'unité de soins). Si le patient a des besoins particuliers en cours de transport, par exemple s'il a besoin d'oxygène ou de surveillance électronique, les dispositions voulues doivent être prises à ce moment-là.

□ Quelles sont les préoccupations clés en ce qui concerne le rétablissement et la gestion du patient?

Le chirurgien, l'anesthésiologiste et l'infirmière revoient le plan de rétablissement et de gestion postopératoire, en s'attachant plus particulièrement aux questions per-opératoires chirurgicales ou anesthésiques qui peuvent avoir un effet sur le patient. L'équipe doit aussi

EXPLICATION DÉTAILLÉE DES ÉLÉMENTS DE LA LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

www.safesurgerysaveslives.ca

considérer les incidents particuliers qui pourraient survenir pendant le rétablissement du patient. Cette étape est cruciale pour communiquer à toute l'équipe de l'information essentielle, de manière efficace et appropriée.

❑ Aurait-on pu faire quelque chose pour rendre cette opération plus sécuritaire ou plus efficace?

Cette question est extrêmement importante et doit être posée après toute intervention chirurgicale. Tous les membres de l'équipe doivent répondre à cette question par la négative ou en donnant une réponse précise. Toute réponse précise doit être recueillie et soumise aux personnes appropriées (par ex., membre du comité sur la qualité des soins au bloc opératoire), afin que d'autres équipes puissent apprendre des incidents qui sont survenus ou qui auraient pu survenir.

À remettre à l'unité de soins post-anesthésie, à la salle de réveil, à l'unité de soins ou à l'unité de soins intensifs

**LA VÉRIFICATION À L'AIDE DE LA LISTE DE VÉRIFICATION D'UNE
CHIRURGIE SÉCURITAIRE EST TERMINÉE**