

CHECKLIST SECURITE CESARIENNE - Version 2011-00

Mode d'emploi

La Check-list "Sécurité césarienne" HCL Version 2011-00 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute césarienne code orange ou vert. Elle n'est pas modifiable. Certains items signalés en grisé sont obligatoires dans tous les cas même pour les césariennes code rouge.

AVANT INDUCTION ANESTHESIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	APRES INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>
1 Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par la patiente, son identité. Pour les patientes incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identivigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.).	7 La présence simultanée des obstétriciens(s) - anesthésiste(s)/IADE - sages-femmes/IBODE est requise. Ces vérifications croisées de l'identité peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité de la patiente au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de la césarienne. L'obstétricien vérifie également que l'installation de la patiente est correcte et ne présente pas de danger pour elle (compression...)	11 L'équipe confirme oralement, le type de l'intervention enregistrée, le décompte correct des textiles, instruments et aiguilles, et la traçabilité des pertes sanguines totales. Il importe que tout problème survenu pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.
2 L'équipe qui reçoit la patiente en salle, dispose des informations précisant la localisation du placenta, la présentation de l'enfant.	8 Si l'indication est urgente, l'absence du pédiatre ne doit pas ralentir la prise en charge mais l'anesthésiste doit en être informé.	12 L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire de la patiente (notamment, la prévention thromboembolique).
3 L'équipe dispose d'une liste d'indications pour lesquelles il est nécessaire d'appeler le pédiatre.	9 Lors de ce temps de pause (aussi appelé Time-out), il est crucial de communiquer au sein des équipes obstétricale, anesthésiste, sages-femmes et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment : - sur le plan obstétrical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer la patiente et/ou l'enfant à un risque d'hémorragie importante ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial ou des préparations particulières. - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétique) ; - sur le plan sage-femme et/ou infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, DM).	
4 La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service/bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations / procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patientes dépendantes, dépilation éventuelle précisant le mode) Pour les césariennes code orange ou code rouge cocher N/A car réalisation de la préparation cutanée n'est pas attendue.	10 L'équipe confirme que la préparation du champ opératoire a été réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	13 L'organisation assure l'identification des nouveaux nés avant le départ.
5 Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils (bistouri électrique, aspiration...), dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention, matériel de réanimation pour le nouveau né. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.		En cas d'écart avec la check-list, la décision concertée de poursuivre (selon un mode normal ou dégradé) ou d'interrompre la procédure chirurgicale doit être précisée à ce niveau.
6 L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment : - en cas de difficulté d'intubation / ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue. - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 1000 ml), de la disponibilité des documents (carte de groupe, RAI...), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc. L'équipe s'assure que l'injection d'anti acide a été réalisée selon le protocole en vigueur.		