



## CHECK-LIST SÉCURITÉ CÉSARIENNE

Version 2011 - 00

Identification du patient  
Étiquette du patient  
ou nom, prénom, date de naissance

Date d'intervention : .....

**CODE ROUGE** 

Obstétricien ..... Anesthésiste : .....

Sage-femme/IBO ..... IADE : .....

Coordonnateur(s) check-list .....

Coordonnateur :		Coordonnateur :		Coordonnateur :	
AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>		AVANT CÉSARIENNE <i>Temps de pause avant incision</i>		APRÈS INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>	
<b>1</b>	L'identité de la patiente est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<b>7</b>	Vérification "ultime" croisée au sein de l'équipe : - identité patiente confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - sondage urinaire efficace <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - compte initial de textiles et d'instruments confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - électrode de scalp ôtée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A	<b>11</b>	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : - du compte final concordant des textiles, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - de l'enregistrement des pertes sanguines totales <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - si des évènements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  Si aucun évènement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A <input type="checkbox"/> N/A
<b>2</b>	Les éléments essentiels à la prise en charge sont connus par l'équipe : La localisation du placenta <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* La présentation de l'enfant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Les bruits du cœur sont vérifiés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* La documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle : Bilan sanguin, carte de groupe, ACI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<b>8</b>	Présence du pédiatre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A	<b>12</b>	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes obstétricale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
<b>3</b>	Le pédiatre est prévenu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A	<b>9</b>	Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention  - sur le plan obstétrical (temps opératoire difficile, localisation du placenta, points spécifiques de l'intervention, prélèvements cordon placenta, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  - sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<b>13</b>	Le ou les nouveaux nés sont identifiés selon les protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
<b>4</b>	La préparation cutanée de la patiente est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A	<b>10</b>	La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	DECISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE REPONSE MARQUÉE D'UN *	
<b>5</b>	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et fonctionnel : - pour la partie obstétricale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - pour la partie anesthésique (mère) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - pour la partie réanimation (nouveau né) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	<b>6</b>	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : La patiente présente-t-elle un ? - risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* - une difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* - risque de saignement supérieur à 1000 ml <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* - L'administration d'anti-acide a été effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*		

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention

N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

Le rôle du coordonnateur check-list sous la responsabilité du(es) obstétricien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la check list que **(1)** si la vérification a bien été effectuée, **(2)** si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et **(3)** si les non conformités (marquées d'un \*) ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision qui doit le cas échéant être rapportée dans l'encart spécifique.