

Check-list « Sécurité du patient au bloc Chirurgie Maxillo-Faciale / Stomatologie »

Étiquette du patient : Nom Prénom Date de naissance

Bloc :	Salle :
Date d'intervention :	Heure (début) :
Chirurgien « intervenant » :	
Anesthésiste « intervenant » :	
Coordonnateur(s) check-list :	

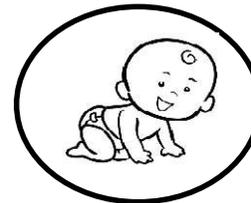
AVANT INTERVENTION

1. Le patient a confirmé son identité ?
2. L'intervention (AG ou sédation vigile) et le site opératoire sont confirmés
3. Le dossier radio est complet ?
4. Le matériel est disponible et adapté ?
5. L'antibioprophylaxie a été effectuée ?
6. Risque allergique ?
7. Matériel implanté (si usage d'un bistouri électrique)
8. Type d'intubation. Orale Nasale
9. **TIME-OUT : l'équipe au complet a vérifié oralement les points critiques ?**
- 10.



AVANT SORTIE DE SALLE D'OPÉRATION

11. Packing retiré Oui Non NA
12. Le compte du matériel et compresses est correct ?
13. Les prélèvements ou pièces opératoires sont identifiés ?
14. Un EIAS à déclarer ? Oui Non
-
-
-
-
-
-



ATTENTION SI ENFANT !

- Autorisation d'opérer signée
- Adapter le matériel, les seuils d'alerte
- Prévenez les risques d'hypothermie.