

**CHECK-LIST**  
**« SÉCURITÉ DU PATIENT**  
**EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »**  
**VERSION 2013**

IDENTIFICATION DU PATIENT  
 Etiquette ou  
 Nom, prénom, date de naissance

Etablissement .....  
 Date endoscopie .....Heure (début).....  
 Gastro-entérologue .....  
 Anesthésiste / IADE .....  
 Coordonnateur Check-list .....

**La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.**

*Le coordonnateur check-list est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le gastro-entérologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention*

**AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)**

1- L'**identité du patient** est correcte  
*Le patient a décliné son identité*  oui  non  
*Sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité*

2- Le **type de l'endoscopie** est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier  oui  non

3- Le **matériel** nécessaire pour l'intervention est **opérationnel**

- pour la partie **endoscopique**  oui  non  
 - pour la partie **anesthésique**  oui  non  
 Non applicable

4- Vérification croisée par l'équipe des **points critiques** et mise en œuvre *si besoin*, des mesures adéquates  
 Le patient présente t'il

- un risque allergique  oui  non  
 - un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque  oui  non  
 - un risque de saignement important  oui  non

5 – Le **patient** est à jeun  oui  non  
 Non applicable

6- La **préparation adéquate** (coloscopie, gastrostomie...) a été effectuée dans les conditions prévues  oui  non  
 Non applicable

7- Vérification croisée de **situations spécifiques** entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment - la gestion des **antiagrégants plaquettaires** et/ou des **anticoagulants** et toute autre co-morbidité identifiée  oui  non  
 Non applicable

8- l'**antibioprophylaxie** est effectuée  oui  non  
 Non indiquée

9- **Patient suspect ou atteint d'EST**  oui  non  
*(en cas de réponse positive, l'endoscopie doit être considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC et il convient de se référer aux procédures en cours dans l'établissement, en lien avec l'instruction n°DGS/R13/2011/449)*

**APRES L'ENDOSCOPIE**

10- **Confirmation orale** par le personnel auprès de l'équipe du renseignement et de l'**identification des prélèvements** éventuels  oui  non  
 Non applicable

11- Les **prescriptions** pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites **de manière conjointe**  oui  non

En cas d'événement porteur de risque identifié lors du renseignement de la check-list, précisez la décision choisie

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Cette check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.