

Nom du patient:
Numéro d'identification du patient:

Date de naissance:
Sexe: Masculin Féminin
Salle/Département:

CIRSE RI Liste de Contrôle pour la sécurité du patient*



Procédure:

Date:

Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

Médecin Référent:

CONTROLE PRE-INTERVENTION	OUI	NON	N/C
Consultation avec le médecin référent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérification des images	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histoire Clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentement éclairé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention de la Néphropathie aux produits de contraste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipements / Instruments spécifiques disponibles /commandés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription de jeûne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examens de laboratoires prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessité d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêt des Médicaments anticoagulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation requise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention des réactions allergiques aux produits de contrastes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTROLE PRELIMINAIRE	OUI	NON	N/C
Présentation des membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier complet du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identité du patient/ Côté/ et site d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient à jeun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérification de la voie veineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoring installé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérification de Résultats de laboratoire et de coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérification d'allergie et prévention d'accident anaphylactique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administration d'antibiotiques /ou autres médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentement éclairé signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTROLE POST-INTERVENTION	OUI	NON	N/C
Compte rendu opératoire dicté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes vitaux normaux durant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription des examens de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les échantillons sont étiquetés et envoyés au laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est informé des résultats de la procédure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instructions post sortie de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivis des résultats et de l'imagerie prescrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RDV de consultation prévu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultats de la procédure communiqués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom:

Signature: _____

Nom:

Signature: _____

Nom:

Signature: _____

* Modifié à partir de la liste de contrôle RADPASS & WHO