

Date de l'audit :/10/2019 Salle : [][][] UF du patient :

Nom de l'auditeur :

Localisation / Intervention

 Site : EM EM3 Thann Altkirch
 Intervention : Programmée en
 Urgence

		ÉTAPE 1 :	ÉTAPE 2 :	ÉTAPE 3 :
		AVANT L'INDUCTION	AVANT L'INTERVENTION	APRÈS L'INTERVENTION
		Heure :H....	Heure :H....	Heure :H....
1	PROFESSIONNELS PRESENTS lors des différents temps de la CL	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r
		<input type="checkbox"/> MAR	<input type="checkbox"/> MAR	<input type="checkbox"/> MAR
		<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IADE
		<input type="checkbox"/> IBODE/IDE	<input type="checkbox"/> IBODE/IDE	<input type="checkbox"/> IBODE/IDE
		<input type="checkbox"/> Interne chir	<input type="checkbox"/> Interne chir	<input type="checkbox"/> Interne chir
		<input type="checkbox"/> Interne an.	<input type="checkbox"/> Interne an.	<input type="checkbox"/> Interne an.
2	Si chirurgien absent , l'IBODE a eu besoin de le joindre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Si Oui , l'IBODE a pu joindre le chirurgien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	PROFESSIONNELS QUI INITIENT LA CL (plusieurs réponses possibles) -> <i>Leadership</i>	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r
		<input type="checkbox"/> MAR	<input type="checkbox"/> MAR	<input type="checkbox"/> MAR
		<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IADE
		<input type="checkbox"/> IBODE/IDE	<input type="checkbox"/> IBODE/IDE	<input type="checkbox"/> IBODE/IDE
		<input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> Autre(s) :
5	PROFESSIONNELS QUI PARTICIPENT à la réalisation de la CL (plusieurs réponses possibles) -> <i>Participation</i>	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r
		<input type="checkbox"/> MAR	<input type="checkbox"/> MAR	<input type="checkbox"/> MAR
		<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IADE
		<input type="checkbox"/> IBODE/IDE	<input type="checkbox"/> IBODE/IDE	<input type="checkbox"/> IBODE/IDE
		<input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> Autre(s) :
6	PROFESSIONNEL(S) QUI ASSURE(NT) LE ROLE DE COORDONNATEUR CL : Pose(nt) les questions et notifie(nt) sur la CL (plusieurs réponses possibles) -> <i>Validation</i>	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r	<input type="checkbox"/> Chirurgien S ^r
		<input type="checkbox"/> MAR	<input type="checkbox"/> MAR	<input type="checkbox"/> MAR
		<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IADE
		<input type="checkbox"/> IBODE/IDE	<input type="checkbox"/> IBODE/IDE	<input type="checkbox"/> IBODE/IDE
		<input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> Autre(s) :
7	Les VERIFICATIONS sont réalisées à HAUTE VOIX	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Un temps est réservé avec l'ensemble des professionnels à la décision « Go » ou « No Go »		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9	Les CONDITIONS DE REALISATION DE LA CL sont OPTIMALES (silence dans la salle, qualité d'écoute)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	TOUS LES ITEMS sont VERIFIES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date de l'audit :/10/2019 Salle : |_|_|_| UF du patient :

Nom de l'auditeur :

Localisation / Intervention

Site : EM EM3 Thann Altkirch
 Intervention : Programmée en
 Urgence

11	TOUS LES ITEMS ont été COCHES EN TEMPS REEL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Un (des) professionnel(s) a (ont) eu des REACTIONS NEGATIVES LORS DE LA REALISATION DE LA CL : comportement d'opposition, refus de verbaliser...	<input type="checkbox"/> Chirurgien S' <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE/IDE <input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> Chirurgien S' <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE/IDE <input type="checkbox"/> Autre(s) :	<input type="checkbox"/> Chirurgien S' <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE/IDE <input type="checkbox"/> Autre(s) :
13	Les noms des intervenants sont tous lisibles			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14	La check-list est remise dans le dossier du patient avant sortie de salle			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15	La CL vous semble avoir été utilisée de manière Satisfaisante -> noter de 1 (pas du tout) à 4 (très)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

REMARQUES