

Formulaires et Listes de Contrôle de la Sécurité Chirurgicale

Ce document contient des listes de contrôle et des formulaires pour toutes les étapes de la fistule, du POP, de l'incontinence et des chirurgies du tractus génital. Cliquer sur les hyperliens ci-dessus pour accéder à la liste de contrôle ou du formulaire sélectionnés.

1. [Liste de contrôle pour la candidature chirurgicale](#) (p. 2)
[Formulaire de candidature chirurgicale](#) (p. 3-4)
2. [Liste de vérification de l'autorisation préalable à l'opération](#) (p. 5)
[Formulaire d'autorisation pré-op](#) (p. 6-8)
3. [Liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l'OMS](#) (p. 9)
4. [Liste de vérification du rapport d'exploitation](#) (p. 10)
[Formulaire de rapport d'opération](#) (p. 11)
5. [Liste de contrôle du transport de la patiente](#) (p. 12)
[Formulaire de transport de la patiente](#) (p. 13-14)
6. [Liste de contrôle de soins quotidiens post-op](#) (p. 15)
[Formulaire de soins quotidiens Post-op](#) (p. 16-17)
7. [Liste de vérification récapitulative de la sortie \(décharge\)](#) (p. 18)
[Formulaire récapitulatif de la sortie \(décharge\)](#) (p. 19-20)

Liste de contrôle pour la candidature chirurgicale

- Nom de la patiente
- Age
- Numéro d'hôpital
- Numéro de contact téléphonique
- Date de triage pour la candidature chirurgicale
- Méthode de contraception
- Nombre des Naissances vivantes / Nombre des mort-né/ Nombre d'enfants en vie
- Date des Dernières Règles (DDR)
- Taille
- Poids
- IMC [poids (kg)/taille² (m²)]
 - < 18.5 Sous poids → Retarder la chirurgie en vue d'un soutien nutritionnel
 - 18.5-24.9 Normal
 - 25.0 – 29.9 Surpoids → Dépistage du diabète
 - > 30 Obèse → Dépistage du diabète
- Résumé de l'évaluation de l'examen physique
 - Apte pour la chirurgie
 - Inapte pour la chirurgie
- Résultats des tests
 - Hémogramme complet
 - Electrolytes & fonction rénale
 - Fonctions hépatiques
 - Maladies infectieuses
 - Diabète
 - D'autres tests sanguins ou urinaires
 - ECG/Electrocardiogramme
- Tests d'imagerie
 - Protéinurie
 - Infection
 - Test de Grossesse
- Tests d'imagerie
 - Sono rénal
 - Sono pelvien
 - Radiographie
 - Tomodensitométrie
 - Autre
- Evaluation des problèmes de cicatrisation des plaies liées au site chirurgical et aux conditions médicales
- Les conditions médicales
- Evaluation finale (signée par le clinicien en charge du dossier)
 - Autorisée pour la chirurgie
 - N'a pas besoin de chirurgie, mais nécessite une admission pour un problème médical
 - Non autorisée pour la chirurgie, nécessite une admission pour un problème médical
 - Pas autorisée pour la chirurgie, ne nécessite pas une admission
- Plan de traitement
- Date de la prochaine évaluation pour une candidature chirurgicale si la patiente n'est pas admise à cette date
- Disposition intermédiaire si elle n'est pas admise pour la chirurgie à cette date

Formulaire de candidature chirurgicale

Nom de la patiente: _____ Age: _____ Numéro d'hôpital: _____
 Numéro de contact téléphonique: _____ Date de triage pour la candidature chirurgicale
 (jj/mm/aaaa): ____/____/____
 Nombre des naissances vivantes/ Nombre des mort-né/ Nombre d'enfants en vie: ____/____/____
 Méthode de contraception: _____ Date des Dernières Règles (DDR): _____

Taille (en cm): _____

Poids (en kg): _____

IMC: _____ [poids (kg)/taille² (m²)]
 <18.5 sous poids → 18.5-24.9 Normal
Retarder la chirurgie en vue d'un soutien nutritionnel 25.0 – 29.9 Surpoids → *Dépistage du diabète*
 >30 Obèse → *Dépistage du diabète*

Résumé de l'évaluation de l'examen physique:

Apté pour la chirurgie Inapte pour la chirurgie

Résultats des tests que la patiente avait faits ailleurs et qu'elle a montrés au personnel au moment du triage

Hémogramme complet/Hémogramme: Date du test: _____		Hgb: _____	Hématocrite: _____	Plaquettes: _____
Electrolytes & Fonction rénale: Date du test: _____		Na: _____	Cl: _____	CO ₂ : _____
		K+: _____	Urée: _____ (Blood Urea Nitrogen)	Cr: _____
Fonctions hépatiques: Date du test: _____	SGOT: _____	SGPT: _____	Maladies infectieuses: Date du test: _____	Hep B: _____
			HIV: _____	Paludisme: _____
Diabète: Date du test: _____	Glycémie: _____	D'autres tests sanguins ou urinaires: Date du test: _____		
ECG/Electrocardiogramme: Date du test: _____				

Tests d'imagerie

Sono rénal: _____ Sono pelvien: _____
 Radiographie: _____ Tomodensitométrie: _____
 Autre: _____

Est-ce que la patiente a des maladies diagnostiquées ou potentielles qui pourraient nuire à la cicatrisation? Oui Non

Sélectionner toutes les affections récentes, aiguës, ou chroniques ou médicalement mal gérées de la patiente. Si oui pour un ou pour tout, différer la date de la chirurgie de reconstruction jusqu'à l'obtention des conditions médicales pour une cicatrisation optimale.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne | <input type="checkbox"/> VIH+, Nombre total de lymphocytes <250 |
| <input type="checkbox"/> Malnutrition | <input type="checkbox"/> Asthme ou autres maladies pulmonaires | <input type="checkbox"/> Fièvre d'origine inconnue |
| <input type="checkbox"/> Scorbut ou carences en vitamines | <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> Schistosomiasis Schistosomiase |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise qualité tissulaire/inflammation active de la fistule nécessitant un débridement/douche/soins de la plaie avant la chirurgie | <input type="checkbox"/> Renal failure Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Helminthiases/vers intestinaux |
| | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Infection du tractus urinaire |
| | <input type="checkbox"/> Sepsis, paludisme, fièvre hémorragique | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |



Evaluation finale par: _____

Docteur Sage-femme Infirmier

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autorisée à la chirurgie | <input type="checkbox"/> Pas autorisée à la chirurgie mais nécessite une hospitalisation pour problème médical |
| <input type="checkbox"/> Ne nécessite pas une chirurgie, ne nécessite pas une admission pour un problème médical | <input type="checkbox"/> Pas autorisée à la chirurgie, ne nécessite pas une hospitalisation |

Pas candidate à la chirurgie à cause de (préciser):

Plan de traitement

Date de la prochaine évaluation pour une candidature chirurgicale (jj/mm/aaaa): ____/____/____

Disposition intermédiaire:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accueil | <input type="checkbox"/> Salle d'hôpital: _____ | <input type="checkbox"/> Autre local: _____ |
| <input type="checkbox"/> Auberge/attente à la maison | <input type="checkbox"/> Autre éloigné: _____ | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

Liste de vérification de l'autorisation préalable à l'opération

- Nom de la patiente
- Numéro de contact téléphonique
- Date d'expiration de l'autorisation
- Numéro d'hôpital
- Profil gynécologique déterminé
 - Age
 - Nombre des Naissances vivantes /
Nombre des mort-né/ Nombre d'enfants
en vie
 - Date des Dernières Règles (DDR)
 - Allaitante
 - Méthode actuelle de contraception
 - Ménopausée
- Taille
- Poids
- IMC [poids (kg)/taille² (m²)]
 - < 18.5 Sous poids → Retarder la chirurgie
en vue d'un soutien nutritionnel
 - 18.5-24.9 Normal
 - 25.0 – 29.9 Surpoids → Dépistage du
diabète
 - > 30 Obèse → Dépistage du diabète
- Histoire médicale/ Examen des symptômes
 - Allergies
 - Pulmonaire
 - Cardiovasculaire
 - Abdominale
 - Neuromusculaire
 - Obstétrique
 - Gynécologique
 - Evaluation du PF
 - TA
 - Température
 - Respiration
 - Pouls
- Classification ASA
- Histoire médicale documentée
- Antécédents médicaux documentés
- Statut arrêt de toute alimentation par
bouche NPO (Nil Per Os)
 - Heure de la dernière prise de liquide
 - Heure de la dernière prise d'aliments
- Consentement & préparations
 - Consentement signé
 - Sang disponible (si nécessaire)
 - Douche (si nécessaire)
 - Lavement (si nécessaire)
- Médicaments actuels
- Résultats des tests
 - Hémogramme complet
 - Electrolytes & fonction rénale
 - Fonctions hépatiques
 - Maladies infectieuses
 - Diabète
 - D'autres tests sanguins ou urinaires
 - ECG/Electrocardiogramme
 - Test de grossesse
- Tests d'imagerie
 - Sono rénal
 - Sono pelvien
 - Radiographie
 - Tomodensitométrie
 - Autre
- Le chirurgien valide l'autorisation
- Le clinicien anesthésiste valide
l'autorisation
- L'infirmier de service valide l'autorisation
sur tableau, tous les problèmes préopératoires
rencontrés
- Dossier d'anesthésie intra-opératoire
 - Médicaments
 - Anesthésie qui a été faite
 - Equilibre des fluides
 - Transfusion sanguine

Formulaire d'autorisation pré-op

Nom de la patiente: _____ Age: _____ Numéro d'hôpital: _____

Numéro de contact téléphonique: _____ Date: _____

Profil Gynécologique

Nombre des naissances vivantes: _____ Date des Dernières Règles (DDR): _____

Nombre des mort-né: _____ Actuelle de contraception: _____

Nombre d'enfants en vie: _____ Allaitante: _____ Ménopausée: _____

IMC: _____ [poids (kg)/taille ² (m ²)]		Taille (en cm): _____ Poids (en kg): _____
<input type="checkbox"/> <18.5 sous poids → <i>Retarder la chirurgie en vue d'un soutien nutritionnel</i>	<input type="checkbox"/> 18.5-24.9 Normal <input type="checkbox"/> 25.0 – 29.9 Surpoids → <i>Dépistage du diabète</i> <input type="checkbox"/> >30 Obèse → <i>Dépistage du diabète</i>	

Histoire Médicale/ Examen des Symptômes

Allergies:	Obstétrique:	
Pulmonaire:	Gynécologique:	
Cardiovasculaire:	Evaluation du PF:	
Abdominale:	TA: _____ / _____ mmHg	Température: _____ °C or °F
Neuromusculaire:	Respiration: _____ /min	Pouls: _____ bpm

Classification ASA (<i>Voir page suivante</i>): <input type="checkbox"/> ASA I <input type="checkbox"/> ASA II <input type="checkbox"/> ASA III <input type="checkbox"/> ASA IV <input type="checkbox"/> ASA V <input type="checkbox"/> ASA VI		
<input type="checkbox"/> Antécédents médicaux documentés <input type="checkbox"/> Historique chirurgical documenté		
Statut arrêt de toute alimentation par bouche NPO (Nil per Os): Heure de la dernière prise de liquide: _____ Heure de la dernière prise d'aliments: _____	Consentement & Préparations <input type="checkbox"/> Consentement signé <input type="checkbox"/> Sang disponible (si nécessaire) <input type="checkbox"/> Douche (si nécessaire) <input type="checkbox"/> Lavement (si nécessaire)	Médicaments Actuels: _____ _____ _____

Résultats des tests que la patiente avait faits ailleurs et qu'elle a montrés au personnel au moment du triage

Hémogramme complet/Hémogramme: Date du test: _____		Hgb: _____	Hématocrite: _____	Plaquettes: _____
Electrolytes & Fonction rénale: Date du test: _____		Na: _____	Cl: _____	CO ₂ : _____
Fonctions hépatiques: SGOT: _____ SGPT: _____ Date du test: _____		Maladies infectieuses: _____	Hep B: _____	HIV: _____
Diabète: Date du test: _____ Glycémie: _____		D'autres tests sanguins ou urinaires: Date du test: _____		
ECG/Electrocardiogramme: Date du test: _____		Test de grossesse: Date du test: _____		

Tests d'imagerie

Sono rénal: _____ Sono pelvien: _____

Radiographie: _____ Tomodensitométrie: _____

Autre: _____

Système de classification de l'état physique d'ASA (American Society of Anesthésiologistes ou Société Américaine d'Anesthésiologistes)

Dernière approbation par la chambre des délégués de l'ASA le 15 octobre, 2014. Définitions actuelles (pas de changement) et Exemples (NOUVEAU)

Classification ASA PS Classification	Definition	Exemples, incluent mais sans s'y limiter:
ASA I	Une patiente normale en bonne santé	En bonne santé, non-fumeuse, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Une patiente présentant une maladie systémique légère	Uniquement des maladies légères sans limitations fonctionnelles substantielles. Les exemples incluent (sans s'y limiter): fumeuse à l'état actuel, consommatrice d'alcool, la grossesse, l'obésité (30 < IMC < 40), bien contrôlée maladie pulmonaire bénigne Diabète sucré/HTA (DM/HTN).
ASA III	Une patiente présentant une grave maladie systémique	Limitations fonctionnelles substantielles; une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Des exemples incluent (mais sans s'y limiter): Diabète sucré ou HTA (DM ou HTN), (Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique) ? (COPD?) Obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, dépendance à l'alcool ou son abus, stimulateur implanté, réduction modérée de la fraction d'éjection, (Maladie rénale au stade final) (ERSD) subissant une dialyse régulièrement programmée, enfant prématuré, PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient) < 60 semaines, antécédents (>3 mois) (d'hospitalisation en Médecine Interne ??) d'IM, d'AVC (CVA), Accident Ischémique transitoire ? (TIA), ou Maladie des artères coronaires ou maladie coronarienne (CAD)/angioplastie coronarienne.
ASA IV	Une patiente qui présente une maladie systémique grave qui constitue une menace grave pour sa vie	Les exemples incluent (mais sans s'y limiter): récent (< 3 mois) MI, CVA, TIA, ou une ischémie cardiaque en cours ou un dysfonctionnement grave de la valve, une grave réduction de la fraction d'éjection, sepsis, CIVD(Coagulation Intravasculaire Disséminée) (DIC), Maladie Rénale Aigue (ARD) ou ESRD ne subissant pas une dialyse régulièrement programmée
ASA V		Les exemples incluent (mais sans s'y limiter): rupture de l'abdomen/anévrisme thoracique, traumatisme grave, saignement intracrânien avec effet de masse, intestine ischémique devant une importante pathologie cardiaque ou de plusieurs organes/dysfonctionnement du système
ASA VI	Une patiente déclarée cliniquement morte dont les organes sont en train d'être enlevés pour les besoins de donation	


* L'addition du "E" désigne une chirurgie d'urgence: (Une urgence est définie comme existante quand un retard dans le traitement de la patiente peut entraîner une augmentation significative de la menace pour la vie de la patiente ou de la partie de son corps qui est traitée)

Ces définitions apparaissent dans chaque édition annuelle [ASA Relative Value Guide](#). Il n'y a pas d'information supplémentaire qui peut vous aider à définir d'avantage ces catégories-là.

Source: <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>. Le tableau a été reformaté depuis la source.

Liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l'OMS

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale



Organisation mondiale de la Santé

Sécurité des patients
Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

Avant induction de l'anesthésie
(avec au moins l'infirmier(ère) et l'anesthésiste)

Avant incision de la peau
(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

Avant que le patient ne quitte la salle d'opération
(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)

Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ?

 Oui

Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)

Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision

Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ?

 Oui
 Sans objet

L'infirmier(ère) confirme oralement :

 Le type d'intervention
 Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct
 Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient)
 S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre

Le site de l'intervention est-il marqué ?

 Oui
 Sans objet

Anticipation d'évènements critiques

Pour le chirurgien :

 Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?
 Quelle sera la durée de l'intervention ?
 Quelle est la perte sanguine anticipée ?

Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)

 Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?

Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ?

 Oui

Pour l'anesthésiste :

 Le patient présente-t-il un problème particulier ?

Pour l'équipe infirmière :

 La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ?
 Y-a-t-il des dysfonctionnements matériels ou autres problèmes ?

L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ?

 Oui

Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ?

 Oui
 Sans objet

Le patient présente-t-il :

une allergie connue ?

 Non
 Oui

un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ?

 Non
 Oui, et équipement/assistance disponibles

un risque de perte sanguine >500ml (ou 7ml/kg en pédiatrie) ?

 Non
 Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus

Cette liste de contrôle ne vise pas à être exhaustive. Les adjonctions et les modifications pour s'adapter à la pratique locale sont encouragées. Révisé 1 / 2009 © OMS, 2009

Liste de vérification du rapport d'exploitation

- Nom de la patiente
- Numéro de contact téléphonique
- Numéro d'hôpital
- Date de la chirurgie
- Consentement signé/dans le dossier de la patiente
- Chirurgien
- Anesthésiste/anesthésiologiste
- Assistant chirurgical 1
- Assistant chirurgical 2
- Type d'anesthésie
- Approche chirurgicale
- Liste de contrôle de l'OMS finalisée (parties I, II & III)
- Fluide(s)
 - Prise de fluides IV et de produits sanguins quantifiés
 - Sortie d'urine quantifiée et perte de volume de sang et autres liquides corporels documentés
- Toutes les procédures énumérées
- Péri-opératoires documentés
- Examen sous anesthésie décrit, s'il est réalisé
- Rapport d'opération finalisé, y compris les procédures qui ont été suivies, la technique chirurgicale utilisée, les sutures utilisées, les drains qui ont été mis en place, les complications
- Statut post-op documenté, y compris le niveau de vigilance et l'état des voies respiratoires, tous les drains documentés, dispositions prises depuis la salle de soins post anesthésie jusqu'à la salle de soins intensifs documentées
- Rapport de statut Post-op

Formulaire de rapport d'opération

Nom de la patiente: _____ Numéro de contact téléphonique: _____

Date de la chirurgie (jj/mm/aaaa): _____ Numéro d'hôpital: _____

Consentement signé/dans le dossier de la patiente: _____

Chirurgien: _____ Assistant chirurgical 1 : _____

Anesthésiste/anesthésiologiste: _____ Assistant chirurgical 2: _____

Type d'anesthésie: <input type="checkbox"/> Spinale <input type="checkbox"/> Epidurale <input type="checkbox"/> Spinale convertir en Anesthésie générale(AG) à la Kétamine <input type="checkbox"/> Spinale convertir en AG intubé <input type="checkbox"/> AG à la Kétamine/ autre lourde sédation: _____ <input type="checkbox"/> Gaz, type: _____ <input type="checkbox"/> Intubation endotrachéale	Approche chirurgicale: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Vaginal/ Abdominale	Liste de contrôle de l'OMS finalisée: <input type="checkbox"/> Partie I <input type="checkbox"/> Partie II <input type="checkbox"/> Partie III
--	--	--

Perte de sang estimée: _____ ml IV Fluides dans: _____ ml

Sortie d'urine intra-op: _____ ml Produits sanguins dans: _____ services I type: _____

Liste des procédures:		
1.	2.	3.
4.	5.	6.
7.	8.	9.
Sentinel Events Evénements sentinelles: <input type="checkbox"/> Pas d'intra-op <input type="checkbox"/> En haut de la colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Arrêt respiratoire <input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque <input type="checkbox"/> Urètre ou rein <input type="checkbox"/> Intestins <input type="checkbox"/> Principaux vaisseaux sanguins <input type="checkbox"/> Hémorragie chirurgicale nécessitant une transfusion intra/post-op <input type="checkbox"/> Admission aux soins intensifs <input type="checkbox"/> Décès		
Rapport d'examen sous anesthésie:		
Rapport d'opération:		

Statut post-op:

Drains urinaires Taille: _____ Foley par urètre+ Taille: _____ Foley/autre tube suprapubique Taille: _____ Sonde urétrale gauche Taille: _____ Sonde urétrale droite	<input type="checkbox"/> Alerte, air ambiant de la salle respirable <input type="checkbox"/> Alerte, intubé <input type="checkbox"/> Aucune alerte <input type="checkbox"/> Drain abdominale <input type="checkbox"/> Autre drainage: _____	Disposition Disposition: <input type="checkbox"/> Vers PACU > Ward <input type="checkbox"/> Vers PACU/ICU <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Drain labial droite <input type="checkbox"/> Drain labial gauche
Rapport de statut post-op:		



Liste de contrôle du transport de la patiente

- Nom de la patiente
- Numéro du dossier de la patiente
- Numéro d'hôpital
- Date de la chirurgie
- Diagnostic
- Transport de la chambre à la salle d'opération
 - L'infirmière de service remet le protocole de suivi au personnel de transport
 - Le personnel de transport remet le protocole de suivi à l'infirmière de réception de la salle d'opération
 - La réception préopératoire de la patiente par le personnel de transport et le transfert au personnel de la salle d'opération suit le protocole
 - Liste de contrôle de sécurité de l'OMS section 1 terminée avant l'entrée dans la salle d'opération
- Transport de la salle d'opération au service d'anesthésie post-anesthésie ou Unité des Soins post-op (PACU) à la chambre d'hôpital
 - Liste de contrôle de sécurité chirurgicale Péri-op de l'OMS section 3 terminée avant le départ de la patiente vers la salle d'opération
 - Le transfert de l'infirmière de la salle d'opération à l'infirmière PACU suit le protocole
 - Le transfert de l'infirmière PACU au personnel de transport suit le protocole
 - Le transport du personnel de ramassage de l'infirmière PACU et le transfert vers l'infirmière de salle suit le protocole
 - La réception de la patiente par l'infirmière à l'infirmière du personnel de transport suit le protocole

Formulaire de transport de la patiente

Nom de la patiente: _____

Numéro du dossier de la patiente: _____

Date de la chirurgie (jj/mm/aaaa): _____

Diagnostic: _____

1. Transport Pré-Op de la chambre d'hôpital à la salle d'opération

Infirmière de service – Liste de contrôle de transport avant l'opération: Déplacement de la chambre d'hôpital à la salle d'opération

- Nom de la patiente et numéro d'hospitalisation vérifiés à la chambre d'hôpital
- La patiente déclare qu'elle va être opérée, le motif de l'opération, et qu'elle est consentante, le consentement signé figure dans le dossier médical
- La patiente est transportée et accompagnée d'un dossier médical complet/de tous les résultats des examens de laboratoire et d'imagerie/formulaire de consentement signé
- Rapport de délivrance à l'infirmière de réception de la salle d'opération terminée

Signature: _____

Date: _____

Imprimer le nom: _____

Heure: _____

Personnel de transport – liste de contrôle avant l'opération: Déplacement vers la salle d'opération

- Nom de la patiente et son numéro d'hospitalisation vérifiés dans la chambre d'hôpital
- La patiente déclare qu'elle va subir une opération, le motif, elle est consentante, son consentement signé figure dans le dossier médical
- Patiente transportée avec un dossier médical complet/tous les résultats des tests de laboratoire et d'imageries/formulaire de consentement signé
- La délivrance du rapport à l'infirmière de réception de la salle d'opération est faite

Signature: _____

Date: _____

Imprimer le nom: _____

Heure: _____

Infirmière de zone préopératoire – Liste de contrôle: Déplacement de la zone d'attente préopératoire à la salle d'opération

- Nom de la patiente et son numéro d'hospitalisation vérifiés à l'arrivée
- La patiente déclare qu'elle va subir une opération chirurgicale, le motif, elle est consentante, son consentement signé figure dans le dossier médical
- La délivrance du rapport de transport est faite
- Patiente reçue avec un dossier médical complet/tous les résultats des tests de laboratoire et d'imagerie/formulaire de consentement signé
- Le personnel d'anesthésie et ergothérapeute informé de l'arrivée de la patiente à la zone pre-op
- Produits sanguins disponibles au besoin
- Partie I de la liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l'OMS terminée avant l'entrée dans la salle d'opération

Signature: _____

Date: _____

Imprimer le nom: _____

Heure: _____

2. Transport Post-Op de la salle d'opération à la chambre d'hôpital

Infirmière de la salle d'opération (OT) – Liste de contrôle de sécurité après l'opération chirurgicale: Déplacement de la salle d'opération à l'unité des soins post-op (PACU)

- Nom de la patiente et numéro d'hospitalisation vérifiés dans la salle d'opération
- Partie III de la liste de contrôle de sécurité de l'OMS terminée –état de la patiente assez stable pour quitter la salle d'opération
- Patiente transportée avec un dossier médical complet & des ordonnances post-op établies
- Rapport de délivrance à l'infirmière de réception terminé

Signature: _____ Date: _____

Imprimer le nom: _____ Heure: _____

Personnel de transport –liste de contrôle après l'opération: Déplacement de l'unité des soins post-op (Post Anesthetic Care Unit ou Post Opérative Care Unit) à la chambre d'hospitalisation

- Nom de la patiente et son numéro d'hospitalisation vérifiés avant de quitter l'unité des soins post-op (PACU)
- Hand Délivrance du rapport de l'unité des soins post-op (PACU) terminé
- Patiente transportée avec un dossier médical complet, lignes intraveineuses et drains sécurisés
- Délivrance du rapport à l'infirmière de réception terminée

Signature: _____ Date: _____

Imprimer le nom: _____ Heure: _____

Infirmière de service – Liste de contrôle après l'opération: Déplacement de l'unité des soins post-op (PACU) à la chambre d'hospitalisation

- Nom de la patiente et numéro d'hospitalisation vérifiés, à l'arrivée
- Evaluation des signes vitaux et de la douleur effectuée à l'arrivée
- Délivrance du rapport du personnel de transport effectuée
- Patiente reçue avec un dossier médical complet et des ordonnances post-op
- Drains de la patiente sécurisés, perméabilité de la sonde assurée, es fluides IV sont en marche, le problème de la douleur a été gérée avec succès
- Le chirurgien a été immédiatement informé d'instabilités à l'arrivée
- Appel du chirurgien identifié, information du contact sécurisée
- Médications post-op assurées

Signature: _____ Date: _____

Imprimer le nom: _____ Heure: _____

Liste de contrôle de soins quotidiens post-op

- Nom de la patiente
- Numéro du dossier de la patiente
- Date
- Jour post-op documenté
- Examen quotidien des symptômes pour
 - La douleur
 - L'incontinence
 - Flatuosité/mouvements intestinaux
 - Nausée/Vomissement
 - Appétit
 - Activité/ambulation
 - Sensations fébriles
 - Maux de tête
 - Qualité du sommeil
 - Saignement
 - Constipation
 - Miction (Urination)
 - Santé mentale
- Signes vitaux
 - Température max 24-heures
 - Température actuelle
 - Pulsation
 - Mouvements Respiratoires
 - Tension artérielle
 - L'oxymétrie de pulsions (disponible et indiquée)
- Calcul des sorties d'admission
 - Fluides intraveineux
 - Estimation des fluides oraux
 - Sortie d'urine
 - Sang/fluides par drainage abdominal ou labial
- Perméabilité et sécurité de la sonde
- Qualité de l'urine
- Etat de tous les drains non urinaires
- Emballage vaginal
- Revue des médicaments
- Examen
 - Apparence générale évaluation du degré de la douleur
 - Etat de l'incision(s)
 - Signes d'anémie
 - Signes d'obstruction urétérale
 - Signes d'obstruction intestinale
 - Signes de récurrence de la fistule
 - Signes de saignement actif ou hématome stable
 - Signes d'atélectasie ou de pneumonie
 - Signes d'insuffisance cardiaque, d'autres décompensations cardiaques
 - Saignement vaginal, pack in situ, purulence vaginale, incontinence vaginale
 - Etat des membres inférieurs
- Evaluation sommaire du jour Post-op

Formulaire de soins quotidiens Post-op


Nom de la patiente: _____ Numéro du dossier de la patiente: _____

Jour post-op #: _____ Date (jj/mm/aaaa): _____

Examen quotidien des symptômes de la patiente

Localisation de la douleur: _____

Combien ça fait mal? (1-10): _____

Incontinent: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Selles	<p>HOW MUCH DOES IT HURT?</p>  <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>No Pain Mild Pain Moderate Pain Severe Pain Very Severe Worst Possible</p>
Flatus ou selles passés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nausée ou vomissements? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Affamée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hors du lit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fièvre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mal de tête? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres symptômes:	

Résultats de l'examen

Signes vitaux

Température max/ 24 heures:	Dernière temperature:	Pulsation:	Respirations:	TA (BP):	Pulsions-Ox:
Fluides intraveineux:	Type:	Volume IV en 24 heures:	Fluides oraux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Urine

Température max / en 24 h: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sonde(s) brevetée et sécurisée :	Sac ou poche de collection de sortie d'urine de la vessie en 24 heures :	Sortie de l'uretère droit en 24 heures:	Hématurie claire ou somber:	Concentrée ou diluée :
---	----------------------------------	--	---	-----------------------------	------------------------

Autres Drains

Volume de drain abdominal en 24 heures:	Volume de drain labial en 24 heures:	Autres drain (s) en 24 heures:
---	--------------------------------------	--------------------------------

Liste de vérification récapitulative de la sortie (décharge)

- Nom de la patiente
- Numéro de contact téléphonique
- Numéro d'hôpital
- Numéro du dossier de la patiente
- Suivi de la patiente, finalisé
- Date d'hospitalisation
- Date de la chirurgie
- Date de la sortie (décharge)/Durée total du séjour (Total LOS)
- Nombre total de jours de sondage vésical
- Résumé de l'hospitalisation
 - Indication(s) d'hospitalisation
 - Chirurgie(s) et dates
 - Evénements sentinelles
 - Rapport général sur le temps de l'hospitalisation
- Liste des médicaments à la sortie
- Liste des activités à la maison à la sortie
 - Hygiène
 - Activités et travail
 - Alimentation
 - Activité sexuelle
- Méthode de planning familial évaluée et traitée parmi les patientes admissibles
- Chirurgie mise en place ou les soins non- chirurgicaux indiqués (décrire)
 - Gestion non chirurgicale
 - Gestion chirurgicale
- Date de retour pour l'évaluation du suivi
- Transport sécurisé pour l'évaluation du suivi
- Méthode de contact entre patiente et personnel pour des questions urgentes et à distance



Formulaire récapitulatif de la sortie (décharge)

Nom de la patiente: _____

Numéro d'hôpital: _____

Numéro de contact téléphonique: _____

Numéro du dossier de la patiente: _____

Suivi de la patiente, finalisé Oui Non

Date d'hospitalisation (jj/mm/aaaa): _____

Date de la chirurgie (jj/mm/aaaa): _____

Date de la sortie (décharge)/Durée total du séjour
(Total LOS): _____

Nombre total de jours de sondage vésical:
: _____

Résumé de l'hospitalisation

Indication(s) d'hospitalisation:

Chirurgie(s) et dates:

Événements sentinelles:

Rapport général sur le temps de l'hospitalisation

Liste des Médicaments à la Sortie

Médication	Voie d'administration ou Route	Dose	Fréquence	Nombre de jours

Activités domestiques recommandées à la sortie

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| Bain – | <input type="checkbox"/> Lavage périnéal | <input type="checkbox"/> Travaux ménagers | <input type="checkbox"/> Rien à signaler pour le vagin en attendant le retour à la clinique |
| <input type="checkbox"/> Douche ok | <input type="checkbox"/> La formation aux soins de cathéter effectuée | <input type="checkbox"/> Travail champêtre | <input type="checkbox"/> Relations sexuelles autorisées |
| <input type="checkbox"/> Baignoire ok | | <input type="checkbox"/> Travail au marché | |
| | | <input type="checkbox"/> Travail au bureau | |

Consommation journalière d'eau:	Vitamines et suppléments minéraux :
---------------------------------	-------------------------------------

Méthode de planning familial évaluée

<input type="checkbox"/> Non-éligible pour le PF	Eligible pour le PF –	
<input type="checkbox"/> Différée	<input type="checkbox"/> Counselling effectué	<input type="checkbox"/> Counselling non effectué
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Diaphragme	<input type="checkbox"/> DIU
<input type="checkbox"/> Rythme	<input type="checkbox"/> Cape cervicale	<input type="checkbox"/> Vasectomie
<input type="checkbox"/> Retrait	<input type="checkbox"/> Pilules orales	<input type="checkbox"/> Ligature des trompes
<input type="checkbox"/> Préservatifs masculins	<input type="checkbox"/> Depo-Provera	<input type="checkbox"/> Abstinence
<input type="checkbox"/> Préservatifs féminins	<input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Spermicides		

Traité avec les patients éligibles: Oui Non

Chirurgie Mise en Place L'absence de Soins Chirurgicaux Indiqués:(Décrire):

Gestion non chirurgicale <input type="checkbox"/> Fistule <input type="checkbox"/> Fibrose vaginale/sténose <input type="checkbox"/> POP <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Incontinence	Gestion chirurgicale <input type="checkbox"/> Fistule <input type="checkbox"/> Fibrose vaginale/sténose <input type="checkbox"/> POP <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Incontinence
--	--

Date de retour pour l'évaluation du suivi (jj/mm/aaaa): _____

Transport sécurisé pour le suivi:

- Oui Non

Méthode de contact entre patiente et personnel pour des questions urgentes à distance

Téléphone: _____ Autre: _____