

**EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS EN CHIRURGIE VEINEUSE
SUPERFICIELLE ET PROFONDE EN FRANCE : ANALYSE A PARTIR DE LA BASE DE
DONNEE REX DE LA HAS**

– Mémoire de soutenance de Diplôme d’Etudes Spécialisées de Chirurgie Vasculaire –

Jeudi 12 octobre 2023

Grégoire Le Bourgeois



Univ. Grenoble Alpes
Université de l'innovation



ABREVIATIONS :

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

EIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins

OA : Organisme d'accréditation

REX : Retour d'Expérience

SPBO : Sécurité du Patient au Bloc Opératoire

SSP : Solution de Sécurité Patient

VS : Veineux Superficiel

VP : Veineux Profond

INTRODUCTION

La chirurgie veineuse, essentiellement superficielle, représente une partie importante de l'activité en chirurgie vasculaire, d'autant plus dans le secteur privé. Sa fiabilité, sa rapidité et son caractère mini-invasif en font une chirurgie standardisée et peu morbide lorsqu'elle est réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale (1)(2)(3). Mais sa nature routinière révèle des dysfonctionnements, source de complications médicales, de retards ou de dépenses inutiles.

L'organisme agréé pour l'accréditation (OA) des chirurgiens vasculaire VASCURISQ, créé en 2016, recense les événements indésirables associés aux soins (EIAS) rencontrés dans cette spécialité. Ils constituent la base de données REX (Retour d'EXperience).

Cette étude présente une analyse de cette base de données, ciblée sur la pathologie veineuse, pour définir les EIAS les plus fréquemment rencontrés. Puis l'analyse de leurs causes et de leurs conséquences cherche à établir de nouvelles solutions pour la sécurité du patient (SSP).

MATERIEL ET METHODES

Les EIAS analysés sont issus de la recherche par mot clé « veine » et « chirurgie veineuse » dans la base de données REX entre janvier 2016 et janvier 2023. La détermination du code CCAM a permis d'exclure les chirurgies de revascularisation artérielle, de création d'abords vasculaires (chambres implantables, cathéters, fistules artério-veineuses), ou ne concernant pas le réseau veineux, pour ne garder que celles touchant le réseau veineux superficiel (VS) ou profond (VP).

Les données sont présentées sous forme de tableur comprenant les caractéristiques anonymisées du praticien (mode d'exercice, spécialité chirurgicale), du patient (sexe, poids, taille, comorbidités, symptomatologie), les éléments favorisant la survenue d'EIAS (antécédents médicaux, période à risque, degré d'urgence...), une catégorisation des causes selon la méthode ALARM (4), l'existence de barrières qui ont permis ou non d'éviter un évènement, une gradation subjective de la gravité de l'EIAS en mineure, significative ou majeure, les actions mises en place ou les suggestions de recommandations suite à l'évènement, et la communication de l'évènement aux différents acteurs du système de soin.

Nous avons synthétisé chaque évènement, et décidé d'en répartir les causes en 5 catégories qui nous paraissent les plus proches de la réalité de terrain : défaut matériel, défaut de transmission de l'information, erreur technique, erreur pharmacologique (anticoagulation, tumescence), ou erreur liée au patient (comorbidités, non-respect de consigne, de rendez-vous, patient non francophone, préférences personnelles). Les problèmes de transmission de l'information ont été classés en 5 sous-catégories : défaut d'information pré-opératoire (identité, dossier médical), défaut de check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » (SPBO), défaut de communication directe dans la chaîne soignante, défaut d'encadrement du personnel et consignes post-opératoires non suivies. Pour chaque défaut de communication dans la chaîne soignante, nous avons cherché à comprendre qui n'avait pas reçu l'information, et qui ne l'avait pas donnée.

Nous avons ensuite défini 6 périodes au cours desquelles sont survenus les évènements : > 7 jours avant le jour opératoire (jour J), entre J-7 et J-1, le jour J : avant incision, en per-opératoire ou après fermeture, et à partir de J+1.

Pour chacun, nous avons déterminé s'il existait une conséquence médicale, engendrant un retard de prise en charge du patient ou financière, que ce soit pour la structure de soins ou la sécurité sociale. Pour déterminer son impact médical, nous nous sommes inspirés de la classification Clavien des complications post-opératoires (5), pour définir 4 stades : I. Tout évènement indésirable ne nécessitant pas de traitement chirurgical ou médical autre que des pansements ou un traitement antalgique, antipyrétique, diurétique ou de la kinésithérapie ; II. Complication nécessitant un traitement médical ; III. Complication nécessitant un traitement chirurgical ; IV. Complication engageant le pronostic vital et nécessitant des soins intensifs.

L'ensemble des données numériques sont présentées sous forme de pourcentages et de médianes réalisés à l'aide d'un tableur Excel (Logiciel Microsoft).

RESULTATS

Entre janvier 2016 et janvier 2023, 3921 EIAS ont été extraits de la base de données REX. Parmi ceux-ci, 217 portaient le mot-clé « veine » ou « chirurgie veineuse ». L'analyse a permis de sélectionner 81 EIAS portant sur la chirurgie veineuse superficielle ou profonde. Ont été exclues 39 revascularisations artérielles, 72 interventions concernant les abords vasculaires et 25 ne concernant pas le réseau veineux (Figure 1).

Contexte

Toutes les chirurgies étaient réalisées par un chirurgien vasculaire, 71,6% (58/81) avaient une activité libérale exclusive, 6,2% (5/81) étaient salariés et 22,2% (18/81) avaient une activité mixte. Les patients étaient des hommes dans 29 cas (35,8%) et des femmes dans 52 cas (64,2%). L'âge médian était de 52 ans (IQ 43 – 65) et l'IMC médian était de 25,2 kg/m² (IQ 22,1 – 28,4). (Tableau 1).

Sept EIAS concernaient des interventions sur le réseau veineux profond (8,6%) et 74 (91,4%) concernaient le réseau veineux superficiel. En chirurgie veineuse superficielle, 42 procédures étaient réalisées par voie veineuse endothermique (24 radiofréquence, 18 laser), et 28 par crossectomie-stripping.

Une majorité des EIAS sont considérés comme évitables par les déclarants (75.3%, 61/81), surtout en chirurgie veineuse profonde (7/7, 100%), mais aussi en chirurgie veineuse superficielle (56/74, 75.7%).

Causes

Les causes des EIAS sont résumées dans le tableau 2.

La principale cause est un défaut de transmission de l'information dans 69,1% des cas (56/81) soit 71,6% (53/74) concernant le VS et 42,8% (3/7) concernant le VP. Le détail montre que : 75% (42/56) d'entre eux sont liés à un défaut de communication directe dans la chaîne soignante (dont 14,3% (8/56) à un problème d'écho marquage avec le médecin vasculaire) ; 14,3% (8/56) sont dus à un défaut d'information pré-opératoire ; 10,7% (6/56) à un défaut lors de la check List SPBO ; et 7,1% (4/56) à des consignes non suivies par les patients (Tableau 3).

Les défauts de communication dans la chaîne soignante se retrouvent également dans 40% (4/10) des problématiques techniques par mauvaise tenue ou lecture du dossier médical, et dans 55,6% (10/18) des problématiques liées au patient, par une barrière linguistique, une incompréhension de la procédure ou de ses consignes, ou l'expression d'un souhait personnel modifiant la programmation.

Dans presque 2 cas sur 3 (58,9%, 33/56), c'est le chirurgien qui n'a pas reçu l'information. A contrario, l'information n'est pas donnée par le chirurgien lui-même dans 19,6% des cas (11/56), par les IBODE dans 14,3% des cas (8/56) ; ou par les IDE de l'établissement dans la même proportion. Enfin, les médecins vasculaires n'ont pas transmis au chirurgien une information qui a joué un rôle dans l'EIAS dans 12,5% des cas (7/56).

La deuxième cause est représentée par les défauts de matériel ; 23,5% (19/81) au total dont 23% (17/74) en VS et 28,6% (2/7) en VP. Parmi eux, 57,9% (11/19) peuvent être considérés comme évitables, si la vérification du matériel avait été correctement effectuée au cours des check-lists (5/19), ou si le matériel avait été mis sur table avant l'incision (6/19).

94,7% (18/19) de ces problèmes matériels avaient lieu le jour J, dont 78,9% (15/19) en per-opératoire, obligeant à une conversion chirurgicale dans 4 cas (21,1%).

On retrouve ensuite les causes liées au terrain du patient dans 22,2% des EIAS (18/81), les erreurs techniques à hauteur de 12,3% (10/81) et les causes pharmacologiques dans 11,1% (9/81).

Les problématiques pharmacologiques sont en lien dans 44,4% des cas (4/9) avec la tumescence, par non-respect du protocole de préparation ou erreur de commande par la pharmacie, dont 22.2% (2/4) par défaut d'encadrement du personnel préparateur. Les 55.6% (5/9) restants sont représentées par un défaut de prescription des anticoagulants, soit pré-opératoire (2/9), soit post-opératoire (3/9). Cent pourcent (9/9) des erreurs de cause pharmacologique étaient associées à une composante de défaut de communication entre le chirurgien, l'anesthésiste, le patient et le service d'hébergement de ce dernier.

En regardant les EIAS en VP, 42,8% (3/7) sont liés à des erreurs techniques alors qu'ils ne représentent que 9,5% (7/74) de ceux en VS. Il n'y a aucune cause pharmacologique ou cause liée au patient retrouvée aux EIAS en VP.

Délai de survenue

La majorité des EIAS, 65.4% (52/81), avaient lieu le jour J, dont 32.1% (26/81) en per-opératoire et 24,7% (20/81) avant incision. L'EIAS avait lieu 7 jours avant l'intervention dans 1,2% (1/81) des cas, entre 7 jours avant et la veille de l'intervention dans 3,7% (3/81) et après le premier jour post opératoire dans 29,6% (24/81) des cas (Graphique 1).

Parmi les 46 EIAS survenant le jour J en pré ou per-opératoire, 95.7% (44/46) étaient qualifiés comme évitables par le chirurgien a posteriori, et 69,6% (32/46) avaient comme composante un problème de communication dans la chaîne soignante.

Conséquences

Soixante-neuf EIAS (85.2%) ont eu des conséquences, quelles qu'elles soient. Elles sont considérées subjectivement par les déclarants comme mineures dans 60.5% des cas (49/81), significatives dans 37% des cas (30/81) et majeures dans 2.5% des cas (2/81, 1 hématome surinfecté du Scarpa nécessitant un méchage, un hématome avec souffrance cutanée évacué chirurgicalement).

L'utilisation du score de gravité montre que les EIAS sont majoritairement peu graves (équivalent Clavien 1 et 2) dans 40,7% des cas (33/81), mais que 14,8% (12/81) ont nécessité une reprise chirurgicale, et un passage en réanimation pour embolie pulmonaire après chirurgie veineuse profonde complexe (équivalent Clavien 3 et 4) (Tableau 4).

Un retard de prise en charge du patient avait lieu dans 37% (30/81) des cas et on retrouvait une conséquence financière à cet EIAS dans 69,1% des cas (56/81). Parmi les conséquences financières, 10/56 (17,9%) dérivait d'une cause matérielle et 37/56 (66,1%) d'un défaut de communication.

DISCUSSION

L'origine des erreurs, largement décrite par Reason (6), notamment avec le Swiss Cheese Model, a fait l'objet d'une application au domaine médical par l'équipe de Vincent et Al en 1998 (7). Son équipe a introduit la méthode ALARM, une démarche d'analyse des causes apparentes ou immédiates, mais aussi des causes profondes des évènements indésirables.

L'association VASCURISQ participe à un dispositif national de réduction des risques médicaux, en concertation avec la Haute Autorité de Santé. Après adhésion, elle permet à chaque praticien installé sur le territoire national de rapporter un EIAS rencontré dans le cadre de leur exercice, quel qu'en soit sa nature. En suivant la méthode ALARM, un formulaire déclaratif permet de décrire l'EIAS et d'en définir la cause parmi 9 catégories et plus de 70 sous-catégories. En contrepartie et par politique incitative, les tutelles contribuent financièrement à leurs cotisations assurantielles dans le secteur privé.

Les analyses de la base de données REX des organismes d'accréditations ont déjà permis la mise en place de solutions pour la sécurité du patient, telles que la mesure « No Go au bloc opératoire : comment renforcer les barrières de sécurité » éditée par la HAS en 2018 (8).

Dans cette étude, nous relevons plusieurs grandes problématiques à l'origine des EIAS, malgré des barrières parfois déjà existantes. Nous devons chercher en permanence à les améliorer (10). Inspirés par les suggestions des praticiens et par l'aviation militaire, nous rappelons et proposons ici un certain nombre de SSP.

Les problèmes de transmissions de l'information sont des causes bien connues d'EIAS (11)(12). Cette étude fait le même constat. La coopération entre les acteurs du bloc opératoire s'inscrit dans une démarche collective de gestion des risques pour la sécurité du patient, et doit sans cesse chercher à être améliorée (13).

Parmi les mesures déjà en place, on peut citer les 15 points clés de la HAS pour assurer une pratique conjointe efficace avec nos collègues anesthésistes (14). Les problématiques d'écho marquage soulignent, elles, la nécessité d'établir une communication privilégiée et facilitée avec nos collègues angiologues.

Nous pouvons proposer une stratégie de briefing en équipe, en amont de la Check-list SPBO, puis de débriefing en aval. Elle constituerait une opportunité favorable à la transmission des informations entre tous les acteurs, même si sa mise en place pourrait s'avérer compliquée du point de vue logistique.

La tenue irréprochable du dossier médical, en tant que lien matériel entre tous les intervenants est un prérequis, de même que la sortie d'hospitalisation. Elle doit être conditionnée à la contre-visite systématique du praticien, dernier levier de vérification de l'application des prescriptions et de la compréhension des consignes post-opératoires.

Une organisation rigoureuse du parcours patient en pré-opératoire permet de limiter les problématiques logistiques ou liées au patient. Cette responsabilité est souvent portée par les secrétariats ou les infirmières d'ambulatoire. Certaines structures proposent des écoles de patients ou des HDJ de formations destinées à leur transmettre les consignes péri-opératoires. Nous proposons la mise en place d'une « Check-list de programmation chirurgicale », ou « passeport ambulatoire approfondi » (Annexe 3).

La check-list SPBO a montré une réduction significative de la mortalité au bloc opératoire (15). Ses 3 parties doivent être faites systématiquement en présence de tous les acteurs concernés. La méthode du double cross-check permettrait d'accroître sa rigueur et la communication interprofessionnelle, avec une attention particulière à l'encadrement du personnel non formé ou non habitué. Elle doit permettre une vérification proactive du matériel. Nous pouvons discuter l'utilité de poser le matériel sur table avant induction anesthésique, qui devra faire l'objet d'une étude de coût et d'hygiène.

Les problématiques matérielles ont déjà fait l'objet de 3 études par l'OA Orthorisq (16) (17) qui ont proposé une Check-list matériel 48h avant le bloc opératoire (18). Nous suggérons l'application et la généralisation de celle-ci aux interventions vasculaires standardisées.

En ce qui concerne les problématiques pharmacologiques, une concertation avec les anesthésistes réanimateurs a permis d'établir que les flacons de bicarbonate 4.2% et 8.4% n'avaient que très rarement d'indication au sein du bloc opératoire. A notre sens, ils doivent donc être retirés des listings de commande des pharmacies de bloc, et n'y être acheminés qu'exceptionnellement, pour des interventions ciblées et en nombre limité.

Les prescriptions post-opératoires, notamment d'anticoagulants, doivent faire l'objet d'une attention particulière, conjointe avec l'anesthésiste, et reconfirmées par le chirurgien lors de la visite post-opératoire.

Les conséquences des EIAS en chirurgie veineuse sont majoritairement peu graves cliniquement. Néanmoins, les conséquences financières ne peuvent pas être négligées, d'autant que la majorité de ce type d'évènements sont considérés comme évitables (19) (20). Ces résultats ouvrent une piste de recherche, et nous suggérons l'intégration de l'impact financier dans la grille de déclaration de l'EIAS.

CONCLUSION :

La chaîne labyrinthique d'évènements, dont les causes profondes résident souvent dans plusieurs facteurs interdépendants, rend les données complexes à interpréter. Les facteurs incriminés sont rarement facilement modifiables par des actions directes. Par ailleurs, la causalité avec les impératifs de gestion hospitalière est toujours indirecte et masquée. Nous avons fait le choix de n'explorer que certaines facettes des causes immédiates sur lesquelles nous espérons avoir le plus d'impact.

La nature déclarative et subjective des EIAS limite la généralisation des données de la base REX à l'ensemble des structures médicales. L'amélioration de sa représentativité passerait par un élargissement du nombre de participants et par la systématisation des déclarations, éventuellement par des mesures incitatives financières y compris dans le secteur public. De même, l'anonymisation des déclarants auprès de la HAS assurerait une liberté bénéfique à l'amélioration des pratiques.

Les préconisations présentées dans ce travail ont pour objectif de renforcer la prévention par des mesures pratiques à mettre en œuvre dans le quotidien. La plupart d'entre elles ne sont applicables que pour des interventions standardisées hors cadre de l'urgence, et pourraient donc trouver leur place en chirurgie veineuse superficielle.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Licker M, Brandao-Farinelli E, Cartier V, Gemayel G, Christenson JT. Implementation of a fast-track-pathway including analgo-sedation with local anaesthesia for outpatient varicose vein surgery: a cohort study. *Phlebology*. 2013 Dec;28(8):418–25.
2. 5-La-Chirurgie-moderne-des-varices-des-membres-inférieurs-PHlebologie-2016-69-17-25.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: <https://medecin.veinsurg.com/wp-content/uploads/5-La-Chirurgie-moderne-des-varices-des-membres-inf%C3%A9rieurs-PHlebologie-2016-69-17-25.pdf>
3. Creton D. Study of the limits of local anaesthesia in one-day surgery in the case of 1500 strippings of the great saphenous vein. *Ambul Surg*. 1993 Sep 1;1(3):132–5.
4. 2017-alarm-commente.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/2017-alarm-commente.pdf>
5. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004 Aug;240(2):205–13.
6. Larouzeé et al. - Le modèle de l'erreur humaine de James Reason.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://minesparis-psl.hal.science/hal-01102402v1/file/papier_recherche_larouzee_et_al_decembre2014_CRC_24.pdf
7. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*. 1998 Apr 11;316(7138):1154–7.
8. 1._ssp_no_go.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/1._ssp_no_go.pdf
9. SSP No Go au Bloc opératoire, renforcer les barrières de sécurité.pdf.
10. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1999 May 3;170(9):411–5.
11. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004 Oct;13 Suppl 1(Suppl 1):i85-90.
12. Hu YY, Arriaga AF, Peyre SE, Corso KA, Roth EM, Greenberg CC. Deconstructing intraoperative communication failures. *J Surg Res*. 2012 Sep;177(1):37–42.
13. Etherington C, Wu M, Cheng-Boivin O, Larrigan S, Boet S. Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. *Can J Anesth Can Anesth*. 2019 Oct 15;66(10):1251–60.
14. points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes-reanimateurs_et_chirurgiens.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes-reanimateurs_et_chirurgiens.pdf
15. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009 Jan

29;360(5):491–9.

16. 2021 JDC.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: <https://www.sofcot.fr/sites/www.sofcot.fr/files/medias/documents/2021%20JDC.pdf>
17. ssp2_check_list_materiel_48_h_avant_chirurgie.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/ssp2_check_list_materiel_48_h_avant_chirurgie.pdf
18. check_list_materiel.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/check_list_materiel.pdf
19. Rigby KD, Litt JC. Errors in health care management: what do they cost? Qual Health Care QHC. 2000 Dec;9(4):216–21.
20. Étude nationale sur les évènements indésirables gr.pdf [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee67.pdf>

ANNEXES

Figure 1 : Organigramme d'inclusion

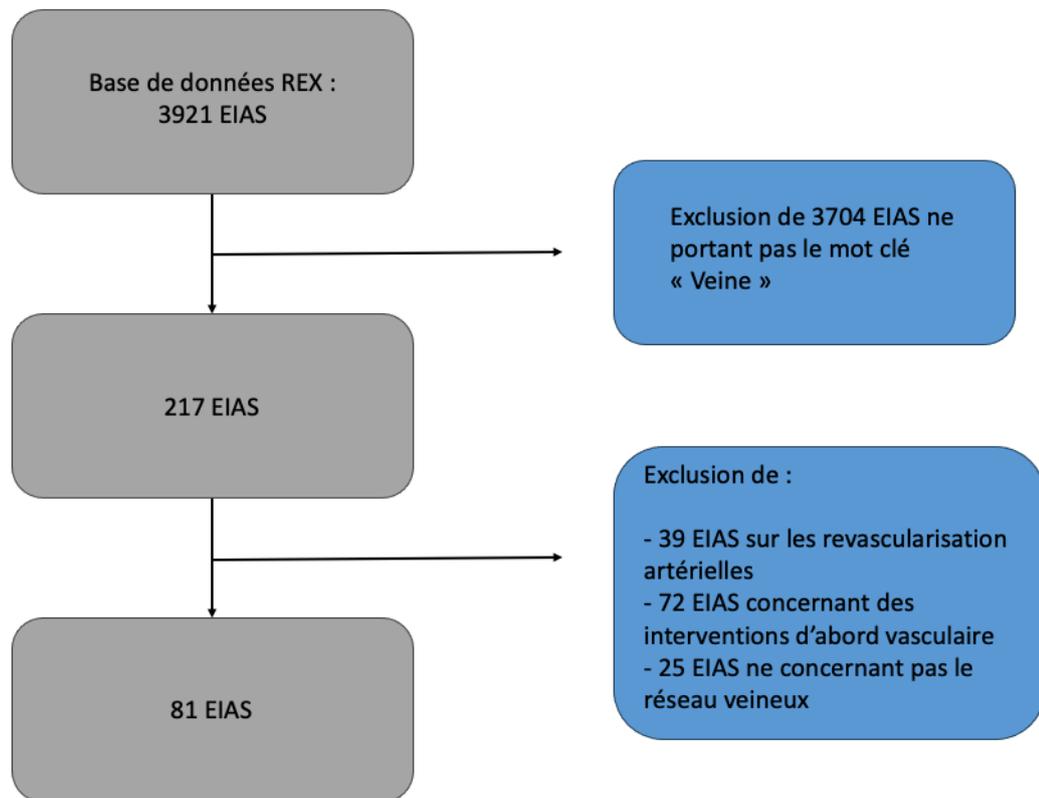


Tableau 1 : Données démographiques

	Hommes (29/81 soit 35,8%)	Femmes (52/81 soit 64,2%)	Total (81/81 soit 100%)
Age moyen (années)	58,5 (28 - 84)	50,8 (13 - 94)	53,5 (13 – 94)
IMC moyen (kg/m2)	27,3 (22,1 – 40,5)	24,7 (11,7 – 42,2)	25,6 (11,7 – 42,2)

Tableau 2 : Causes des EIAS

	Veineux profond (7/81 soit 8,6%)	Veineux superficiel (74/81 soit 91,4%)	Total (81 soit 100%)
Défaut matériel	2/7 (28,6%)	17/74 (23%)	19/81 (23,5%)
Transmission d'information	3/7 (42,8%)	53/74 (71,6%)	56/81 (69,1%)
Erreur Pharmacologique	0/7 (0%)	9/74 (12,2%)	9/81 (11,1%)
Erreur technique	3/7 (42,8%)	7/74 (9,5%)	10/81 (12,3%)
Liées au terrain du patient	0/7 (0%)	18/74 (24,3%)	18/81 (22,2%)

Tableau 3 : Détails des défauts de transmission de l'information

Défaut d'information pré-opératoire (identité, dossier médical)	8/56 (14,3%)
Défaut de Check list « sécurité du patient au bloc opératoire »	6/56 (10,7%)
Défaut de communication dans la chaîne soignante	42/56 (75%)
Dont Echomarquage	8/56 (14,3%)
Défaut d'encadrement du personnel	8/56 (14,3%)
Consignes non suivies par le patient	4/56 (7,1%)

Graphique 1 : Délai de survenue des EIAS

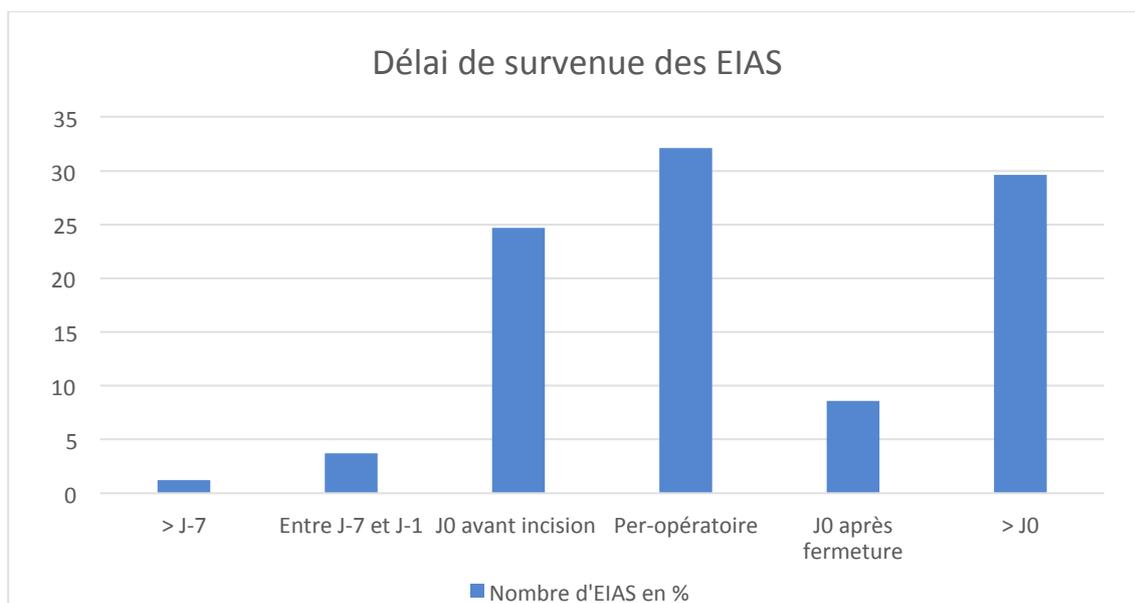


Tableau 4 : Conséquences des EIAS

	VP (7/81 soit 8,6%)	VS (74/81 soit 91,4%)	Total (81 soit 100%)
Conséquences	6/7 (85,7%)	63/74 (85,1%)	69/81 (85,2%)
Equivalent score de Clavier			
1	0/7 (0%)	17/74 (23%)	17/81 (21%)
2	0/7 (0%)	16/74 (21,6%)	16/81 (19,8%)
3	1/7 (14,3%)	11/74 (14,9%)	12/81 (14,8%)
4	1/7 (14,3%)	0/74 (0%)	1/81 (1,2%)
Retard de PEC	2/7 (28,6%)	28/74 (37,8%)	30/81 (37%)
Financière	4/7 (28,6%)	52/74 (70,3%)	56/81 (69,1%)

PROGRAMMATION CHIRURGICALE	PROGRAMMATION ANESTHESIQUE
Opérateur : Date opératoire : Degré d'urgence : Mode d'hospitalisation envisagé : <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatoire : - Veille de l'intervention : Intervention : Côté : Position et installation en salle : Durée prévisible : Caractère hémorragique prévisible : Anesthésie demandée : Anticoagulation / AAP : relais envisagé Matériel spécifique (Amplificateur de brillance / échographe) : Fiche d'information pré-opératoire :	Anesthésiste de consultation : Examens complémentaires demandés : Anesthésie envisagée : Matériel spécifique : Patient ininterrogeable / mineur : Patient dialysé (jours de dialyse) : Ordonnances relais anticoagulants : Date d'arrêt des anticoagulants :
Commentaire :	Commentaire :
Alerte :	Alerte :
Contact : <ul style="list-style-type: none"> - Mail : - Téléphone du secrétariat : 	Contact : <ul style="list-style-type: none"> - Mail : - Téléphone du secrétariat :
Signatures :	Signatures :
PROGRAMMATION BLOC OPERATOIRE	PROGRAMMATION SECRETARIAT
Matériel spécifique: <ul style="list-style-type: none"> - Disponible / En stock - En commande : date de livraison - Non disponible Instrumentiste / IBODE : <ul style="list-style-type: none"> - Nombre - Compétence : intérimaire, en formation, nouvelle Spécificité de salle : <ul style="list-style-type: none"> - Problème de fonctionnement - Equipement défectueux Risque prion Classe septicité Niveau urgence	Date des RDV <ul style="list-style-type: none"> - Anesthésique - Echomarquage + Lieu - Consultation chirurgicale pré-opératoire - Consultation chirurgicale post-opératoire - Date hospitalisation + lieu Consignes pré-opératoire : <ul style="list-style-type: none"> - Dépilation / jeûne Ordonnances pré-opératoire : <ul style="list-style-type: none"> - contention veineuse Intégration des examens complémentaire au dossier
Commentaire :	Commentaire :
Alerte :	Alerte :
Contact : <ul style="list-style-type: none"> - Mail : - Téléphone du secrétariat : 	Contact : <ul style="list-style-type: none"> - Mail : - Téléphone du secrétariat :
Signatures :	Signatures :

Annexe : Check-list programmation chirurgicale / Passeport ambulatoire approfondi