

CAS CLINIQUE QUALITE



M CORNUAULT
COORDINATION PMOT NANTES

CONTEXTE



- Non prélèvement d'un greffon pulmonaire dans un contexte pluri factoriel de changement complet d'équipes en salle et de défaut de transmission ou de réception d'informations
- Mise en place d'une RMM avec proposition d'une action corrective : mise en place d'une Check list BO spécifique PMO (≠Check list HAS)

OBJECTIFS



- Sécuriser les étapes d'un PMO par un partage collégial d'informations validées
- Avant champage :
 - vérification des organes et tissus à prélever
 - Vérification des équipes intervenant
- Avant clampage :
 - vérification injection d'héparine
 - Vérification de la présence de tous les acteurs en salle et de l'heure
- Mise en place de la Chek list en février 2017

Check list PMO



Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom Prénom date de naissance

CHECK-LIST_PMO « Sécurité du patient au bloc opératoire »

Bloc : Salle : Date d'intervention :

Heure de mise au bloc prévisionnelle :

Heure réelle de mise au bloc :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

AVANT PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE		
Partage des informations entre coordination-IDE et équipe anesthésique		
1 L'identité du patient est correcte vérifié par les équipes de réanimation et par le bracelet d'identification	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : ▪ Liste des organes (cf liste item 10) ▪ La documentation clinique et paraclinique nécessaire est disponible en salle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereux pour le patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service/bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
5 L'équipement/ matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés : au poids, à la taille du patient et à l'intervention ▪ pour la partie chirurgicale ▪ pour la partie anesthésique <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Non*
6 Vérification croisée par l'équipe Le patient nécessite-t-il : ▪ Des produits sanguins (prélèvement pulmonaire) ▪ Une fibroscopie per opératoire ▪ Des prélèvements sanguins autres que pour vérification ultime ABO pour chaque organe ▪ Accord du MAR pour l'intervention	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non*
<u>Nom coordonnateur (s)</u>		

VERIFICATION CROISEE AVANT CHAMPAGE		
7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste (s) – IADE – IBODE – IDE		
▪ Identité patient confirmée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Intervention prévue confirmée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Installation correcte confirmée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Site opératoire confirmé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
8 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time out) ▪ sur le plan chirurgical <i>(EN/ Biopsie/extempo temps difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationalité, etc ;)</i> ▪ sur le plan anesthésique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non*
9 ATTENTION TEMPS NECESSITANT LA PRESENCE DE TOUS LES ACTEURS ! DEMANDE ET REPONSE A VOIX HAUTE		
TEMPS DE PAUSE conforme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ héparine demandée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ héparine injectée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ clampage aortique annoncé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ rinçage des organes conformes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Nom coordonnateur(s)</u>		

10 LISTE DES ORGANES ET TISSUS			
<input type="checkbox"/> Cœur (cocher si oui)		<input type="checkbox"/> Cœur Pouxmons (cocher si oui)	
Equipe chirurgicale	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Pouxmons (cocher si oui)			
Equipe chirurgicale	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Foie (cocher si oui)			
Equipe chirurgicale	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Pancréas (cocher si oui)			
Equipe chirurgicale	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Reins (cocher si oui)			
Equipe chirurgicale rein droit attribué	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure départ organe :
<input type="checkbox"/> Autre précisez :			
Equipe chirurgicale rein droit attribué	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure départ organe :
TISSUS			
<input type="checkbox"/> Cœur pour valves (cocher si oui)	Equipe chirurgicale :	Banque tissus	
<input type="checkbox"/> Vaisseaux (cocher si oui)	Equipe chirurgicale :	Banque tissus	
<input type="checkbox"/> Cornées (cocher si oui)	Equipe chirurgicale :	Banque tissus	
<input type="checkbox"/> Autres tissus nom :	Equipe chirurgicale :	Banque tissus	
Si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement, / déclaration.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11 APRES INTERVENTION			
Liquide conservation utilisé :			
Nombre de poches passées :			
La restitution tégumentaire et la préparation post mortem a été réalisée		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Le rôle du coordonnateur check-list sous la responsabilité du(es) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de cocher les items de la check-list que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) et les réponses d'un*ont fait l'objet d'une concertation au sein et d'une décision

DECISION CONCERTEE EN CAS DE NON CONFORMITE OU DE REPONSE MARQUEE D'UN*

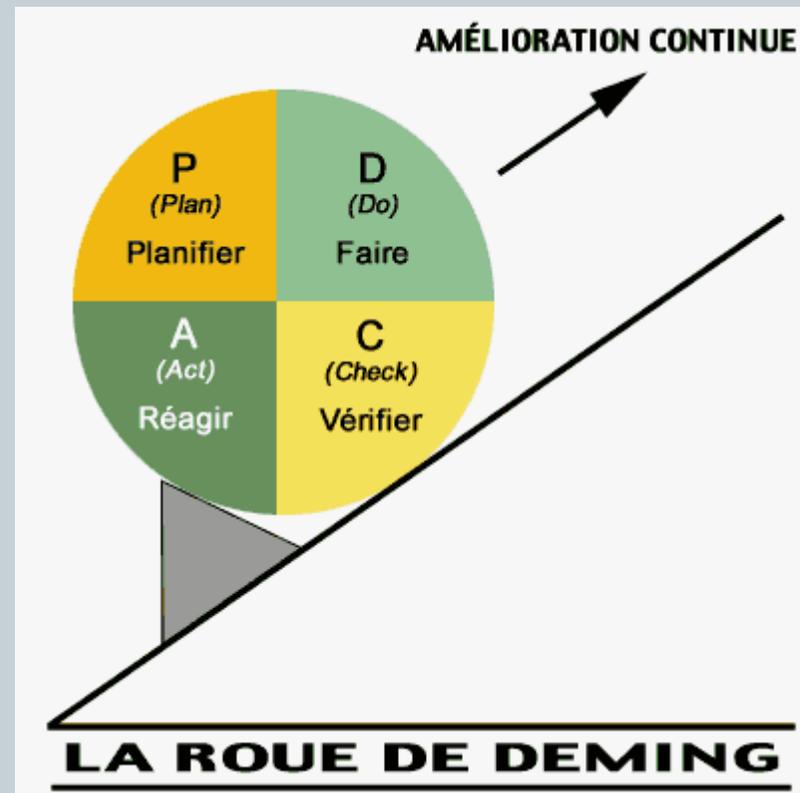
N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention

SELON PROCEDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Chirurgien Anesthésiste Coordinateur PMO

Une démarche dynamique....

- La qualité ne doit pas uniquement être vue comme des contraintes supplémentaires
- L'idée est de faire évoluer les pratiques et de les évaluer régulièrement



Evaluation de la check list

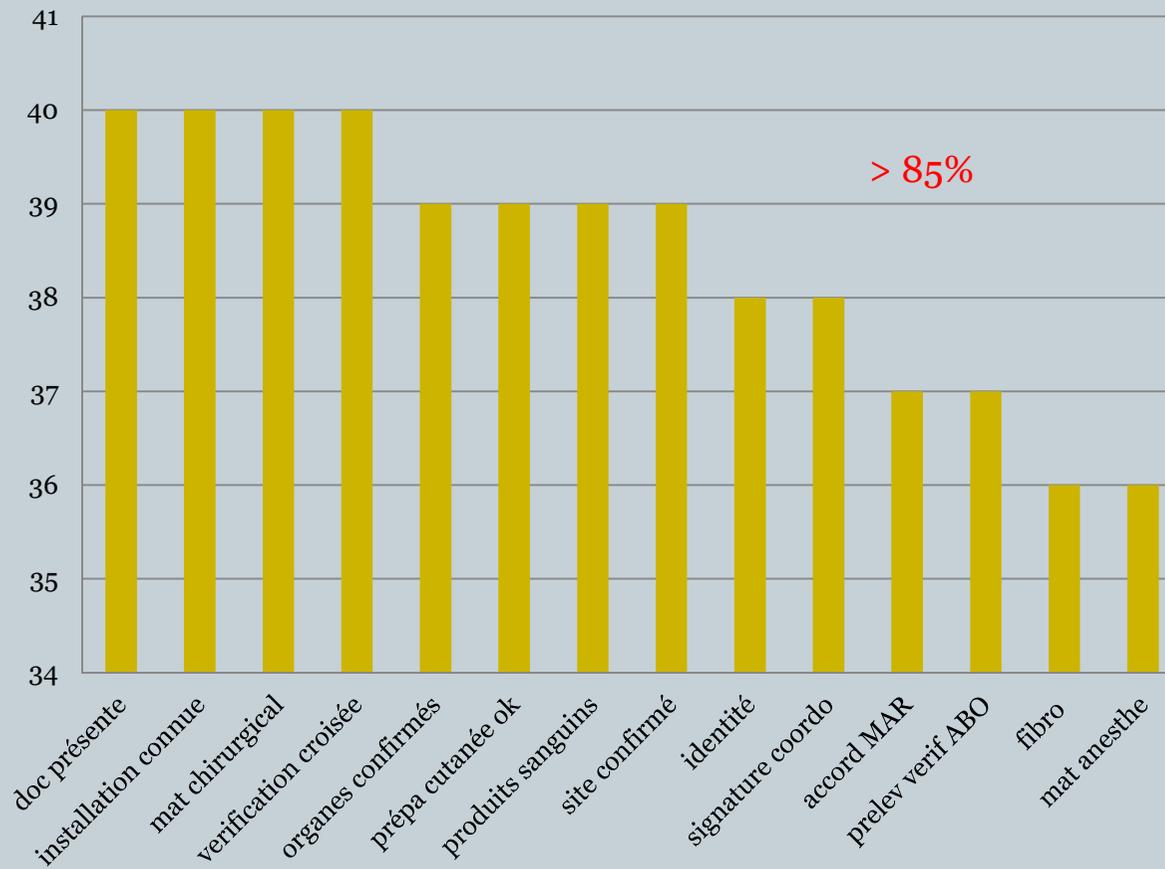


- Reprise des check list du 22 février au 9 nov 2017
- 40 check list / 41 (ME, DDM3)
- Analyse conjointe par cadre Coordination/BO

Evaluation



Avant prise en charge anesthésique



Commentaire:

Items bien remplis sur
vérification croisée
matériel-doc installation-
prépa 100%

Items moins bien
renseignés: matériel
anest –fibro (dépend
PMO?)

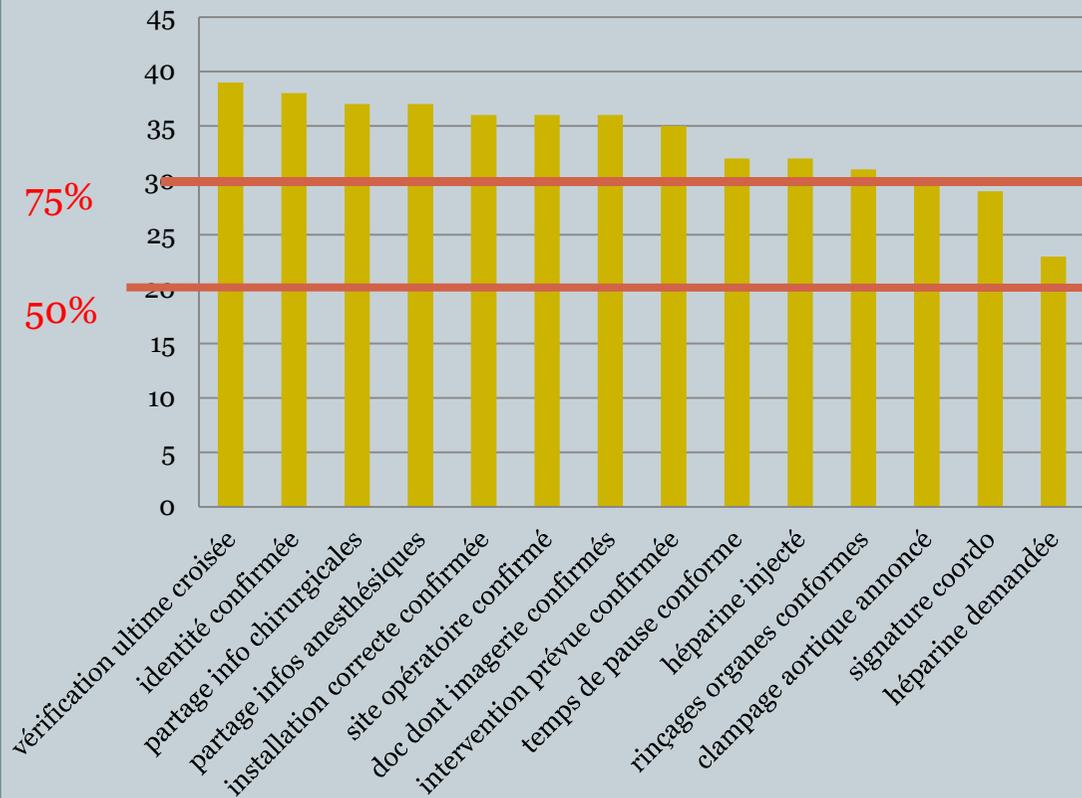
A améliorer:

prélèvements protocoles
92,5 -> 100

Evaluation



Vérification avant champage puis avant clampage



Commentaire:

Première partie bien renseignée sur partage des informations

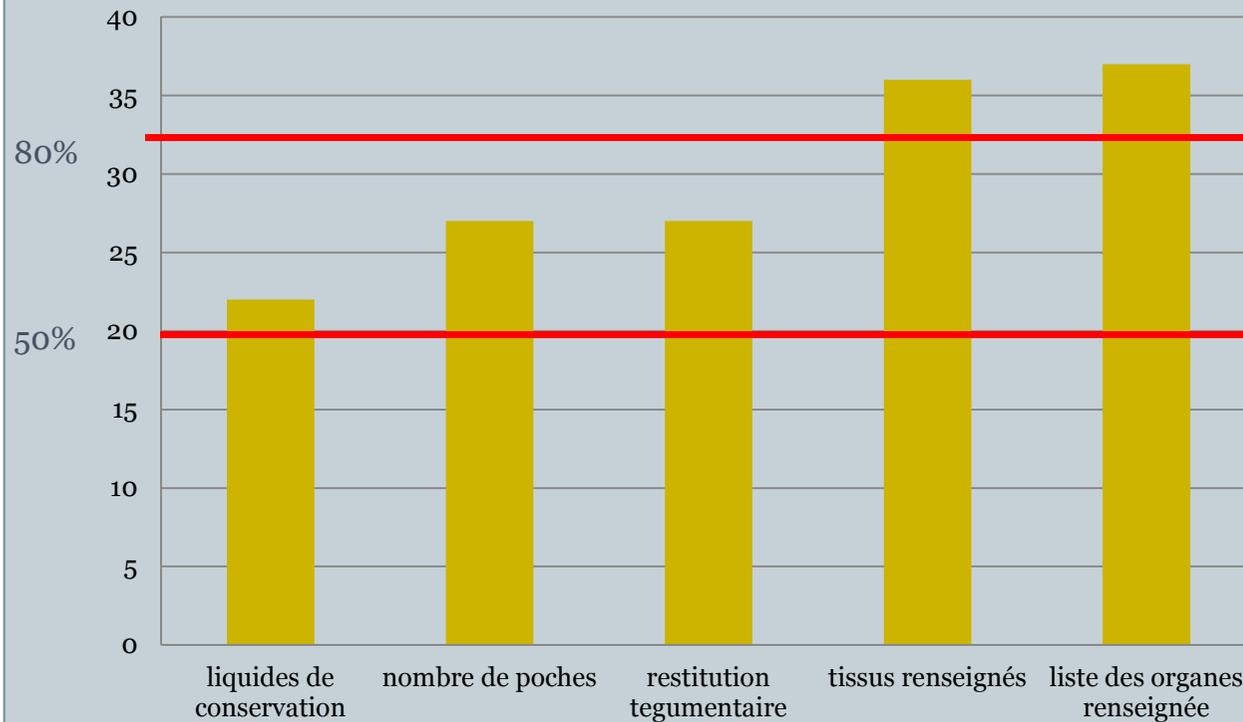
Moins bien renseignée sur 2^{ème} partie

Interprétation de la grille : temps de pause mal positionné sur la feuille à revoir

RESULTATS



Organes renseignés par coordination PMO



Commentaire:
Bien renseigné: tissus
et organes

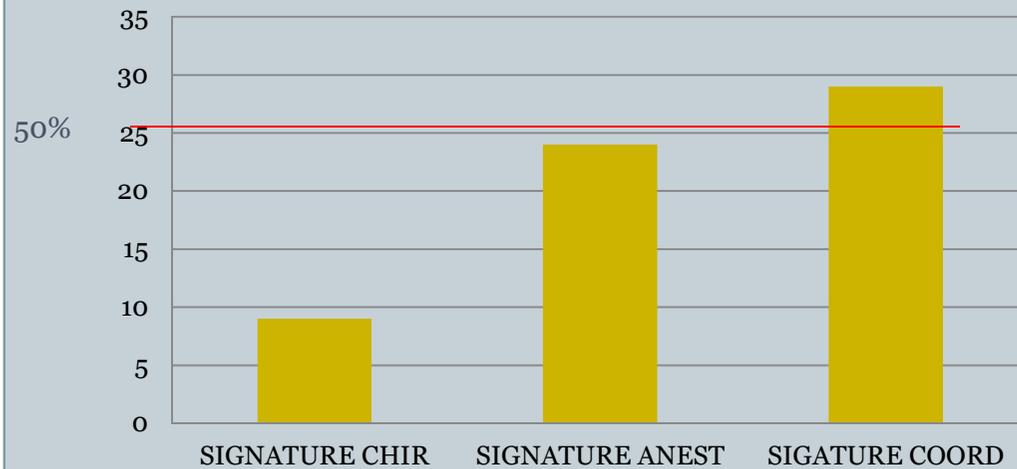
Moins bien renseigné:
liquides poches
restitution
tegumentaire

Doublon avec CROP
(Compte Rendu
OPérateur)

RESULTATS



signature procédure



11 DDM3 sans nécessité
signature anesthésiste
(proratisé)

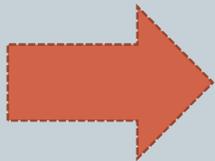
Commentaire:

A présenter avec CROP avant
sortie de salle

Au total



- Remplissage plutôt satisfaisant
- Initiée par coordination mais souvent demandée par les équipes en salle (bonne appropriation)
- Besoin de clarifier la 2^{ème} partie : avant champage/avant clampage
- Certaines redondances dans la 3^{ème} partie avec le CROP
- A permis de se rendre compte que les retards des équipes extérieures sont peu fréquentes (>30min)
- Défaut de signature : chirurgiens (20%)
- Intégration type de donneurs (ME, DDM3)



NOUVELLE CHECK LIST LÉGÈREMENT MODIFIÉE

Nouvelle version proposée en février 2018



Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom Prénom date de naissance



CHECK-LIST_PMO « Sécurité du patient au bloc opératoire »

Bloc : Salle : Date d'intervention :
 Heure de mise au bloc prévisionnelle :
 Heure réelle de mise au bloc :
 Chirurgien « intervenant » :
 Anesthésiste « intervenant » :

AVANT PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE Partage des informations entre coordination-IDE et équipe anesthésique		
1 L'identité du patient est correcte vérifié par les équipes de réanimation et par le bracelet d'identification	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : ▪ Type d'intervention ▪ Liste des organes (cf liste item 10) ▪ La documentation clinique et paraclinique nécessaire est disponible en salle	<input type="checkbox"/> EME <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> DDM3 <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non*
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereux pour le patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service/bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
5 L'équipement/ matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés : au poids, à la taille du patient et à l'intervention pour la partie chirurgicale pour la partie anesthésique <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non*
6 Vérification croisée par l'équipe Le patient nécessite-t-il : ▪ Des produits sanguins (prélèvement pulmonaire) ▪ Une fibroscopie per opératoire ▪ Des prélèvements sanguins autres que pour vérification ultime ABO pour chaque organe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non*
▪ Accord du MAR pour l'intervention	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non*

Nom coordonnateur (s)

*Le rôle du coordonnateur check-list sous la responsabilité du(es) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de cocher les items de la check-list que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses d'un*ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.*

VERIFICATION CROISEE AVANT CHAMPAGE		
2 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste (s) – IADE – IBODE – IDE		
TEMPS DE PAUSE conforme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Identité patient confirmée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Intervention prévue confirmée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Installation correcte confirmée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Site opératoire confirmé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
▪ Documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
3 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time out) ▪ sur le plan chirurgical <i>(EX Biopsie/extempo temps difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationalité, etc...)</i> ▪ sur le plan anesthésique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Non*
9 TEMPS NECESSITANT LA PRESENCE DE TOUS LES ACTEURS dont la coordination DEMANDE ET REPONSE A VOIX HAUTE		
▪ héparine demandée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ héparine injectée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ clampage aortique annoncé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ rinçage des organes conformes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Nom coordonnateur(s)</u>		
DECISION CONCERTEE EN CAS DE NON CONFORMITE OU DE REPONSE MARQUEE D'UN* <i>N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention</i>		

10 LISTE DES ORGANES ET TISSUS			
<input type="checkbox"/> Cœur (cocher si oui)	<input type="checkbox"/> Cœur Pouvons (cocher si oui)		
Equipe chirurgicale	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Pouvons (cocher si oui)	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Foie (cocher si oui)	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Pancréas (cocher si oui)	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Rein droit (cocher si oui)	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Rein gauche (cocher si oui)	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
<input type="checkbox"/> Autre précisez :	Heure prévue arrivée au bloc	Heure réelle arrivée au bloc	Heure de départ organe
TISSUS			
<input type="checkbox"/> Cœur pour valves (cocher si oui)	Equipe chirurgicale :	Banque tissus	
<input type="checkbox"/> Vaisseaux (cocher si oui)	Equipe chirurgicale :	Banque tissus	
<input type="checkbox"/> Cornées (cocher si oui)	Equipe chirurgicale :	Banque tissus	
<input type="checkbox"/> Autres tissus nom :	Equipe chirurgicale :	Banque tissus	
Si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement, / déclaration.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
(11) APRES INTERVENTION			
Liquide conservation utilisé : Nombre de poches passées :			
La restitution tégumentaire et la préparation post mortem a été réalisée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
SELON PROCEDURE EN VIGUEUR DANS L'ETABLISSEMENT			
Chirurgien	Anesthésiste	Coordonnateur PMO	