

## FICHE DE SUIVI D'INTERVENTION

<b>IDENTITE DU PATIENT (étiquette)</b> ➤ nom + nom de jeune fille ➤ date de naissance (4 chiffres) ➤ n° administratif	Date : ..... Numéro de salle : ..... Position programme : .....	Entrée en salle : ..... Incision : ..... Fermeture cutanée : ..... Sortie de salle : .....
<b>RECUEIL DU CONSENTEMENT :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>AUTORISATIONS :</b> ➤ d'opérer <input type="checkbox"/> ➤ d'amputer <input type="checkbox"/> ➤ de prélever <input type="checkbox"/> ➤ essai thérapeutique <input type="checkbox"/> - n° protocole : .....	Chirurgien : ..... Aide opératoire : ..... Instrumentiste : ..... Circulante : ..... Anesthésiste : ..... IADE : ..... Aide soignant : ..... Stagiaire : ..... Visiteur : .....	<b>TEMPS SPECIFIQUE :</b> ➤ heure début : ..... ➤ heure fin : ..... <hr/> <b>ANESTHESIE :</b> ➤ générale <input type="checkbox"/> ➤ loco régionale <input type="checkbox"/> ➤ locale <input type="checkbox"/> ➤ sans <input type="checkbox"/>
<b>FACTEURS DE RISQUE :</b> ➤ allergie ..... ➤ handicap ..... ➤ porteur de : - DMA <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> type ..... - DMP <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> type ..... 1 Dispositif médical actif 2 Dispositif médical passif	<b>TYPE D'INTERVENTION :</b> ..... ➤ coté à opérer : droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> ➤ codification : ..... ➤ programmée <input type="checkbox"/> ➤ urgence semi différée <input type="checkbox"/> ➤ en urgence <input type="checkbox"/> ➤ reprise <input type="checkbox"/> ➤ actes multiples <input type="checkbox"/> Classe de l'intervention ➤ classe 1 <input type="checkbox"/> ➤ classe 2 <input type="checkbox"/> ➤ classe 3 <input type="checkbox"/> ➤ classe 4 <input type="checkbox"/>	<b>PATHOLOGIE ASSOCIEE :</b> ➤ HIV <input type="checkbox"/> ➤ hépatite <input type="checkbox"/> ➤ bactérie multi résistante <input type="checkbox"/> ➤ tuberculose <input type="checkbox"/> ➤ MJC <input type="checkbox"/> ➤ autre ..... <hr/> <b>HYGIÈNE GÉNÉRALE :</b> ➤ correcte <input type="checkbox"/> ➤ non correcte <input type="checkbox"/> Site opératoire : ➤ préparation cutanée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>INSTALLATION :</b> ➤ D. dorsal <input type="checkbox"/> ➤ D. ventral <input type="checkbox"/> ➤ D. L. dt. <input type="checkbox"/> ➤ D.L. gche <input type="checkbox"/> ➤ gynéco <input type="checkbox"/> ➤ génu pect. ➤ type ..... ➤ autre .....	<b>PREVENTION DES RISQUES :</b> ➤ position plaque BE : n° de lot : - cuisse droite <input type="checkbox"/> - cuisse gauche <input type="checkbox"/> - mollet droit <input type="checkbox"/> - mollet gauche <input type="checkbox"/> - flanc droit <input type="checkbox"/> - flanc gauche <input type="checkbox"/> - autres : ..... <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin-left: 100px; text-align: center; line-height: 80px;">Étiquette</div>	➤ accessoires oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> type : ..... ..... ➤ commentaires : .....



# FICHE DE SUIVI D'INTERVENTION

<b>MATERIEL :</b>  <p style="text-align: center;">coller les étiquettes de lot</p>			<b>IMPLANTS :</b>  <p style="text-align: center;">coller les étiquettes de lot</p>		
<b>TEXTILES :</b>  ➤ radio opaque  ➤ C. Abdominaux  ➤ tampons	données .....  .....  .....	reçu .....  .....  .....	coller les étiquettes de lot   Compte exact : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Contrôle radio : <input type="checkbox"/>		<b>EXAMENS ET PRELEVEMENTS :</b> ➤ anatomopathologie - type ..... nombre : ..... - type ..... nombre : ..... - type ..... nombre : ..... ➤ bactériologie - type ..... nombre : ..... - type ..... nombre : ..... ➤ autres : ..... - type ..... nombre : ..... - type ..... nombre : .....
<b>MEDICAMENTS :</b> ➤ type antiseptique ➤ type liquide d'irrigation ..... quantité ..... ➤ autres ..... quantité .....			<b>DRAINAGE :</b> ➤ type : ..... ➤ Nbr. : ..... ➤ situation : ..... ➤ type : ..... ➤ Nbr. : ..... ➤ situation : ..... <b>Exsudat</b> ➤ type : ..... ➤ quantité : .....		
<b>CONTROLES EN FIN D'INTERVENTION :</b> ➤ état des zones de compression : bon <input type="checkbox"/> mauvais <input type="checkbox"/> site ..... ..... ➤ emplacement plaque BE : bon <input type="checkbox"/> mauvais <input type="checkbox"/> ➤ autres .....			<b>SONDAGE URINAIRE <input type="checkbox"/></b> Sonde type .....CH Pansement : ..... Contention ➤ type ..... ➤ type .....		
<b>REMARQUES, INCIDENTS, ACCIDENT :</b>  .....					

