

Programmes AFU 2024

Selon les spécificités de votre exercice, vous pouvez vous engager dans l'accréditation de manière individuelle ou en équipe. C'est cette dernière modalité qui est recommandée par la HAS, notamment en établissements de santé publics et hospitalo-universitaires. Dans un cas comme dans l'autre, vous pourrez réaliser votre programme de manière monodisciplinaire ou pluridisciplinaire, voire pluriprofessionnelle.

Les programmes d'accréditation comportent 5 dimensions, visant à supporter le modèle de la certification périodique.

- ➔ **Travail en équipe** : toute activité permettant de montrer les efforts ou les résultats de l'équipe en termes de concertation, collaboration, communication avec par exemple l'élaboration de protocoles communs ou la mise en œuvre de la check-list.
- ➔ **Sécurité du patient** : déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS). Le nombre d'EIAS à déclarer est défini par chaque spécialité. Ces EIAS sont analysés localement, en lien avec l'établissement de santé, et idéalement en RMM. Il est également attendu que les médecins et équipes détectent des situations à risques dans leurs pratiques et mettent en place des protocoles pour prévenir, récupérer ou atténuer d'éventuels EIAS survenus dans ces circonstances pré-identifiées.
- ➔ **Pratiques professionnelles** : toute activité cognitive classique (congrès, activités de DPC, formations, listes de recommandations proposées par l'OA et les sociétés savantes de la discipline...) et toute activité d'évaluation/amélioration des pratiques (pertinence, protocolisation de l'activité selon les recommandations, audits, suivi d'indicateurs, registres, RCP, EPP, recherche clinique, publications...).
- ➔ **Relation avec le patient** : toute activité permettant de montrer les efforts ou les résultats en termes d'amélioration de la relation avec le patient, composante fondamentale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- ➔ **Santé du professionnel** : toute activité permettant de préserver la santé des professionnels, élément constituant de la qualité des soins et de la capacité à mettre en œuvre une relation thérapeutique de qualité.

1.1. Programme équipe

Le programme équipe est réalisé de manière continue, intégré à la routine au quotidien et répond à une logique d'ancrage dans l'établissement. Il permet d'objectiver (de « valoriser ») toutes les démarches Qualité-Sécurité que les équipes font déjà au quotidien.

Ce programme contribue au maintien des compétences et au développement d'une « culture sécurité » au sein des équipes, c'est-à-dire visant à favoriser par tous moyens, les modes de pensée, de travail et d'interaction en vue d'améliorer continuellement la qualité des soins et la sécurité des patients, et la qualité de vie au travail.

Le programme d'accréditation en équipe comporte 7 exigences, à réaliser en commun. Il convient que chaque membre de l'équipe participe activement aux activités du programme d'accréditation. Leur participation sera tracée dans le Siam.

- ➔ La réalisation d'au moins **1 action d'amélioration du travail en équipe par an**.

- La réalisation d'au moins **3 actions d'amélioration des pratiques professionnelles par an**.
- **La réalisation d'au moins 1 EIAS par an par membre de l'équipe, limité à 6 EIAS par équipe**. Ces EIAS doivent être analysés de manière rétrospective et collective au sein de réunions de morbi-mortalité (RMM) ou de réunions apparentées (CREX, REMED, etc.). Ils peuvent être choisis par vous ou ciblés sur un sujet d'étude privilégié par votre OA.

La réalisation d'au moins **1 action d'amélioration de la santé du professionnel sur 2 ans**.

La réalisation d'au moins **1 action d'amélioration de la relation avec le patient sur 2 ans**.

Les actions éligibles à ce programme d'accréditation en équipe sont détaillées de manière non exhaustive dans le Siam. Le bilan d'équipe pourra être validé selon différentes modalités :

- en **monodisciplinaire** ;
- en **pluridisciplinaire** si des actions sont réalisées de manière collective avec une ou plusieurs autres disciplines (anesthésistes-réanimateurs...).
- en **pluriprofessionnel** si des actions sont réalisées de manière collective avec une ou plusieurs autres professions (IADE, IDE...).

Tableau 1 - Programme d'accréditation

Dimensions	Actions	Pluri-Disciplinaire	Pluri-Professionnel
Travail en Equipe	Réalisation d'au moins une activité par an		
	Organisation de l'activité		
	Recommandations : Organisation de la chirurgie ambulatoire, 2013	X	X
	Mise en œuvre de réunion de concertation pluridisciplinaire en pelvi périnéologie	X	X
	Mise en œuvre de la RCP en onco urologie	X	
	Recommandation de RAAC après cystectomie, prostatectomie et néphrectomie	X	X
	Communication et coordination		
	SSP3 : Coopération entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, 2016	X	
	SSP3 : Comment sécuriser le circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire ? 2017		X
	SSP3 : No Go au bloc opératoire, comment renforcer les barrières de sécurité ? 2018	X	X
	SSP2 :Faire la check-list matériel 48 heures avant toute intervention programmée, 2023		X
	Gestion péri opératoire des anticoagulants directs, 2015	X	
	Application de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » HAS, 2018	X	X
	Commentaires et propositions du Groupe d'Intérêt en Hémostase Périopératoire (GIHP) sur les recommandations de la Société Européenne d'Anesthésie : « European Guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis », 2018	X	
	Gestion des agents antiplaquettaires en cas de procédure invasive programmée et non programmée ou d'hémorragie. Propositions du Groupe d'intérêt en hémostase périopératoire (GIHP) et du Groupe français d'études sur l'hémostase et la thrombose (GFHT) en collaboration avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), 2018/2019	X	
	Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes ; SFAR, 2023	X	
	Autre activités mise en œuvre sur le terrain		
Pratiques Professionnelles	Réalisation d'au moins deux activités par an en individuel et trois par an en équipe		
	Activités cognitives		
	Forum de pratiques professionnelles sur l'accréditation lors du congrès d'urologie		
	Séminaires d'Urologie Continue (SUC)		
	Journées d'onco-urologie médicale (JOUM)	X	
	Journée Urorisq, journée de l'OA AFU		
	Formations URODPC		

JAMS (Journées d'Andrologie et de Médecine Sexuelle)	X	
JITTU (Journées des Innovations Techniques et Technologiques en Urologie)		
Session cas cliniques CFU (Congrès Français d'Urologie)		
Cours du CFU (Congrès Français d'Urologie)		
Activité de recherche clinique effectuée dans le cadre d'une unité de recherche labellisé ou d'université		
Article publié dans une revue scientifique référencée		
Formation universitaire diplômante		
Formations label CNPU		
Recommandations		
Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des infections urinaires associées aux soins de l'adulte, 2015	X	
Recommandations pour la prise en charge des infections urinaires communautaires de l'adulte, 2018	X	
Cathétérisme intermittent : recommandations de bonnes pratiques de l'Association française d'urologie (AFU), du Groupe de neuro-urologie de langue française (GENULF), de la Société française de médecine physique et de réadaptation, 2020		
Recommandations françaises du Comité de transplantation de l'association française d'urologie (CTAFU) : symptômes du bas appareil urinaire et incontinence urinaire chez le patient transplanté ou en attente de transplantation rénale 2021	X	
Recommandations françaises du Comité de transplantation de l'association française		
Recommandations françaises du Comité de transplantation de l'Association française d'urologie (CTAFU) : cancer de la prostate localisé chez le patient transplanté rénal ou en attente de transplantation, 2021		
Recommandations françaises du Comité de transplantation de l'association française d'urologie (CTAFU) : agents antiplaquettaires et anticoagulants oraux directs en transplantation rénale, 2021	X	
Traitement chirurgical et interventionnel de l'obstruction sous-vésicale liée à une hyperplasie bénigne de prostate : revue systématique de la littérature et recommandations de bonne pratique clinique du Comité des Troubles Mictionnels, 2021		
Recommandations du Comité d'Andrologie et de Médecine Sexuelle de l'AFU concernant la prise en charge de la Varicocèle, 2021		
Recommandations de l'AFU et de la SALF concernant l'évaluation de l'homme infertile, 2021	X	
Recommandations courtes du CIAFU : intérêt de l'ECBU avant biopsie de la prostate réalisée par voie endo-rectale, 2021		
Recommandations CIAFU : Recommandations de bonne pratique : Prévention, diagnostic et traitement des infections sur matériel endo-urétéral de l'adulte, 2021		
Recommandations pratiques pour la prise en charge du déficit en testostérone , 2021		

Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge de la maladie de Lapeyronie : rapport du comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'AFU, 2021		
Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique HAS, 2021	X	
Quelle prise en charge pour les sténoses de l'urètre antérieur chez l'homme, 2021 (GURU/CAMS)		
Recommandations des Comités de cancérologie (CC-AFU) et d'infectiologie (CI-AFU) de l'Association française d'urologie pour la prise en charge effets indésirables et complications du BCG, 2022		
Recommandations du Comité de cancérologie de l'Association Française d'Urologie (CC-AFU) pour la bonne pratique des instillations intravésicales de mitomycine C, d'épirubicine et de BCG pour le traitement des tumeurs de la vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM), 2022		
Courbures congénitales du pénis : recommandations du Comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'Association française d'urologie, 2022		
Priorisation des situations à risque en neuro-urologie : recommandations par méthode Delphi de l'Association française d'urologie (AFU), l'Association francophone internationale des groupes d'animation de la paraplégie (AFIGAP), le Groupe de neuro-urologie de langue française (GENULF), la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) et la Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-périnéologie (SIFUD-PP), 2022	X	X
Prise en charge des calculs et de la lithiase urinaire: diagnostic, traitement, suivi et prévention secondaire – novembre, 2022		
Rapport AFU 2022 Gestion des complications chirurgicales en urologie adulte	X	
Recommandations du CCAFU	X	
Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme HAS, 2023	X	
Recommandations sur la gestion du risque et la prise en charge urologique du patient adulte atteint de dysraphisme spinal (spina bifida), 2023	X	
Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce, 2023		
Recommandations du Comité d'Andrologie et de Médecine Sexuelle de l'AFU concernant la prise en charge de la vasectomie, 2023		
SSP3 : Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive ? 2016		
SSP3 : Comment gérer les risques liés à l'utilisation du bistouri électrique ? 2018		X
SSP 3 : L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ? Juin 2023	X	X
→ Evaluation des pratiques		
Prise en charge optimale de la biopsie de prostate		
Traçabilité des dispositifs médicaux implantables		X
Programme DPC AFU : registres, observatoires, enregistrement de bases de données		
EPP : audit, suivi d'indicateurs		
Réunion de pertinence des pratiques (3 réunions au minimum par an)		

	Participation à un atelier de simulation en gestion de risque		
	Mise en œuvre et autoévaluation chemin clinique ambulatoire	X	X
	Mise en œuvre et autoévaluation RAAC	X	X
	Autres activités réalisées sur le terrain		
Sécurité des patients	→ Accreditation en équipe		
	1 EIAS par an, par membre de l'équipe, jusqu'à 6, évalué en RMM, dont au moins un ciblé		
	→ Accreditation individuelle		
	2 EIAS par an, évalués en RMM, dont au moins un ciblé		
Santé du professionnel	Réalisation d'au moins une action sur une période de deux ans		
	Actions de formation sur le thème de la santé personnelle du médecin délivrées par des organismes agréés d'accréditation avec label de formation Qualiopi		
	Auto-évaluation de son état de santé avec propositions d'outils qui permettraient de faire de l'"auto-repérage" ou de l'"auto-dépistage"		
	Actions dans le domaine de la prévention en santé		
	Possibilité pour les médecins et équipes accréditées de présenter toute autre action à valider par le CNP, par l'intermédiaire de l'Organisme Agréé d'accréditation		
	Publication d'articles		
Relation avec le patient	Réalisation d'au moins une action sur une période de deux ans		
	Formations		
	EPP		
	Information patient, faire du patient un co-acteur de sa prise en charge		
	Actions permettant d'acquérir une connaissance du numérique en santé et de ses usages en termes d'amélioration des pratiques et des parcours de soins, incluant la relation avec le patient, et développer une démarche de gestion des risques dans ce domaine		
	Recueil du récit du patient en cas d'EIAS		
	Recherche clinique, Publication d'articles		
	Autres activités		

2. Situations à risque identifiées

Les EIAS peuvent être déclarés sur une situation à risques ciblée ou sur un autre sujet non ciblé.

Tableau 2 : Liste des situations à risque

Situation à risque	Questionnaire d'analyse approfondie
Défaillance de la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire	Non
Défaillance de la communication entre les intervenants en situation péri-opératoire	Non
Incidents liés aux soins dans le cadre de la chirurgie ambulatoire	Non
Situation tunnellisante (situation à risque pendant laquelle nous ne voyons pas les signaux qui devraient nous faire modifier notre attitude)	Non
Incidents liés à l'utilisation de l'électrochirurgie	Non
Incidents liés à l'utilisation des énergies lasers	Non
Incidents liés aux systèmes robotisés du bloc opératoire	Non
Incidents liés à l'informatisation des données médicales	Non
Incidents liés à l'installation du patient	Non
Défaillance de la communication avec le patient	Non
Défaillance dans la prise en charge d'une urgence chirurgicale	Non

2.1. Défaillance de la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire

La défaillance de la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire constitue une SAR dans la mesure où les accidents hémorragiques se situent au premier plan des accidents iatrogènes.

Plus de 1 % de la population française est traitée par anti-vitamines K (AVK). Or, ce traitement est à l'origine d'une iatrogénie importante (20 % des patients présentant des hémorragies cérébrales hospitalisés en neurochirurgie, 4 000 décès par an en France). Le maniement des AVK durant la phase péri-opératoire ou à l'occasion de la réalisation de gestes invasifs est difficile.

Il n'existe actuellement aucune preuve solide pour proposer des recommandations fortes sur la gestion péri-opératoire des agents antiplaquettaires (AAP). Le problème est tout particulièrement aigu avec les endoprothèses coronaires (EC) ou stents, et notamment les endoprothèses pharmaco-actives. La bithérapie antiplaquettaire (aspirine-clopidogrel) est de plus en plus fréquemment rencontrée chez des patients qui doivent bénéficier d'une procédure invasive ou d'une intervention chirurgicale. Poursuivre ou interrompre le traitement conduit à prendre en compte le risque hémorragique ou thrombotique sans qu'aucune attitude ne soit évaluée.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- ➔ Interrogatoire du patient et obtention de son ordonnance habituelle
- ➔ Coordination entre urologue, anesthésiste et cardiologue
- ➔ Qualité des explications données au patient, l'informer des risques et de la prise en charge en cas de survenue de symptômes évocateurs de surdosage
- ➔ Prescription et traitement adaptés en péri-opératoire, contrôle en service de soins des prescriptions
- ➔ Check-List
- ➔ Mettre en œuvre les recommandations sur ces médicaments et notamment les nouveaux anticoagulants

Cette SAR a été identifiée en 2012. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 10 % des déclarations d'EIAS (47/463) de l'année 2022.

2.2. Défaillance de la communication entre les intervenants médicaux en situation péri-opératoire

La défaillance de la communication entre les intervenants médicaux en situation péri-opératoire constitue une SAR à traiter en priorité dans la mesure où la fluidité de la communication et la coopération entre l'ensemble des professionnels prenant en charge le patient est essentielle pour limiter la survenue d'un défaut de préparation, de bilan, de matériel disponible avant l'hospitalisation. La communication et la coopération permettent également d'éviter les annulations ou reports de dernière minute, qui sont de possibles sources de stress

pour le patient et l'équipe, d'aggravation du risque chirurgical et de perte de chance. Il apparaît dans les déclarations d'EIAS réalisées par les urologues que de nombreuses situations à risque sont générées par un défaut de prescription avant ou après l'intervention ou de vérification de la réalisation ou du résultat des examens demandés.

L'actions à mettre en œuvre est la suivante :

- ➔ Diffusion SSP « « Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens » »

Cette SAR a été identifiée en 2016. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 25 % des déclarations d'EIAS (117/463) de l'année 2022.

2.3. Incidents liés aux soins dans le cadre de la chirurgie ambulatoire

Il existe a priori beaucoup de dysfonctionnements mineurs liés à l'information faite aux patients/accompagnants, et à des défauts d'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA). Les problèmes d'horaire apparaissent comme les plus fréquents et peuvent engendrer des retards de sortie et des « conversions » en hospitalisation complète.

Cette SAR a été identifiée en 2016. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 13 % des déclarations d'EIAS (62/463) de l'année 2022.

2.4. Situation tunnelisante (situation à risque pendant laquelle nous ne voyons pas les signaux qui devraient nous faire modifier notre attitude)

L'urologue peut se retrouver dans une situation à risque pendant laquelle il ne voit pas les signaux qui devraient faire modifier son attitude. Les conséquences pouvant être parfois catastrophiques.

L'action à mettre en œuvre est la suivante :

- ➔ Mise en œuvre de la SSP « Effet tunnel en santé »

Cette SAR a été identifiée en 2018. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 5 % des déclarations d'EIAS (24/463) de l'année 2022.

2.5. Incidents liés à l'utilisation de l'électrochirurgie

De nombreuses interventions urologiques nécessitant l'usage de l'électrochirurgie et un certain nombre d'incidents peuvent survenir.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- ➔ Respect des recommandations liées à la SSP 3 « Gérer les risques liés à l'utilisation du bistouri électrique »
- ➔ Former les équipes médicales et paramédicales, notamment lors de l'acquisition de nouveaux équipements.

Cette SAR a été identifiée en 2018. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 4 % des déclarations d'EIAS (19/463) de l'année 2022.

2.6. Incidents liés à l'utilisation des énergies lasers

Au bloc opératoire de nombreuses interventions sont actuellement réalisées à l'aide de l'énergie laser : geste prostatique, lithotritie, destruction de condylomes, de lésion tumorale vésicale...). Des problèmes de matériel, de maintenance, d'utilisation peuvent survenir.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- ➔ Respect des recommandations liées à la SSP 2 « Gérer les risques liés à l'utilisation du Laser en urologieS »
- ➔ Former les équipes médicales et paramédicales, notamment lors de l'acquisition de nouveaux équipements.

Cette SAR a été identifiée en 2019. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 6 % des déclarations d'EIAS (27/463) de l'année 2022. Les EIAS déclarés sur ce sujet sont en cours d'analyse pour la réalisation d'une SSP2.

2.7. Incidents liés aux systèmes robotisés du bloc opératoire

L'utilisation de systèmes robotisés dans le cadre de l'activité chirurgicale urologique peut induire des incidents et complications notamment chez le patient (mais aussi sur le personnel soignant) du fait d'une courbe d'apprentissage.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- ➔ Former les équipes médicales et paramédicales aux procédures robotiques
- ➔ Pratiquer la simulation des interventions
- ➔ Proposer une aide technique lors du développement des procédures robotiques (notamment lors de l'acquisition de nouveaux équipements).

Cette SAR a été identifiée en 2022. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 0,2 % des déclarations d'EIAS (1/463) de l'année 2022.

2.8. Incidents liés à l'informatisation des données médicales

La numérisation des documents médicaux, la transmission des informations entre professionnels (notamment dans le cadre de la permanence des soins ou au moment de la sortie des patients), la sécurisation des données de santé, l'interfaçage des logiciels (dossier médical, prescriptions médicales, surveillance et observations médicales et paramédicales, programmation opératoire, imagerie médicale), la traçabilité des données médicales et paramédicales est un enjeu majeur pour réaliser une prise en charge sécurisée et efficace des patients. Le développement de la télémédecine (notamment de la téléconsultation et de la téléexpertise) renforce l'intérêt de systèmes informatiques qui respectent la sécurisation des données de santé.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- ➔ Vérifier la traçabilité informatique ou de prescription informatisée avant ou après l'intervention
- ➔ Vérification de la réalisation ou du résultat des examens demandés.
- ➔ Rendre accessible certains documents manquants (biologie ou imagerie)

Cette SAR a été identifiée en 2022. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 0,2 % des déclarations d'EIAS (1/463) de l'année 2022.

2.9. Incidents liés à l'installation du patient

L'installation du patient au bloc opératoire relève de la responsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste.

Il est fondamental de bien la contrôler avant une intervention et de bien respecter la check list « sécurité du patient au bloc opératoire ».

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- ➔ Former les équipes médicales et paramédicales aux protocoles d'installation
- ➔ Respecter la check list

Cette SAR a été identifiée en 2021. Les déclarations relatives à cette SAR représentaient 1,15 % des déclarations d'EIAS (4/349) de l'année 2021

2.10. Défaillance de la communication avec le patient

La communication avec le patient, sa personne de confiance ou sa famille dans le respect du secret médical, représente un enjeu majeur. L'obtention d'une bonne information et compréhension du patient ou de sa famille, est essentiel, notamment à l'obtention du consentement aux soins et à la prise en charge médicale ou chirurgicale pour gérer les complications médicales ou chirurgicales. Des défauts de communication sont des facteurs d'insécurité. Clarifier les rôles et responsabilités de chacun contribue à améliorer la prise en charge globale du patient.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

Phase avant hospitalisation : Organisation d'un recueil de l'information donnée au patient et à sa personne de confiance et traçabilité de cette information.

Utilisation de fiches d'informations type pour faciliter la compréhension et de schéma.

Charte d'information des patients et protocolisation de cette information et du partage des données.

Informations permettant la continuité des soins : Fiche d'information des suites opératoires et des conduites à tenir en urgence

Cette SAR a été identifiée en 2024. Les déclarations relatives à cette SAR n'existent pas.

2.11. Défaillance dans la prise en charge d'une urgence chirurgicale

La gestion d'un patient pour une indication chirurgicale en urgence nécessite une coordination et une bonne concertation et communication pour valider l'indication et réaliser le traitement chirurgical dans des délais courts. La qualité du travail en équipe et notamment de la communication entre intervenants, représentent un enjeu majeur pour la sécurité du patient. Des défauts de communication sont des facteurs d'insécurité et de retard de prise en charge. Clarifier les rôles et responsabilités de chacun contribue à améliorer la sécurité du patient.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

Organisation du bloc et environnement professionnel : Existence d'une charte de bloc, circuit dédié à la chirurgie et la prise en charge des urgences, moyens en personnel, dossier, livret d'accueil. Validation de la programmation, référentiel des boîtes de matériel, fiches techniques pour la préparation d'une intervention.

Phase avant hospitalisation : Organisation du circuit de prise en charge aux urgences pour avis chirurgical, obtention de l'ensemble des examens et notamment d'imagerie et de transfert au bloc opératoire en phase préopératoire, consultation d'anesthésie (concertation médicale, avis complémentaire, programmation, ordonnance anticipée, check-list de fin de consultation d'anesthésie).

Accueil à l'arrivée : Check-list accueil urgences (vérification préparation cutanée effectuée par le patient, respect prescriptions médicamenteuses, consignes de jeûne, bonne compréhension de l'information délivrée, documents administratifs et médicaux utiles)

visite anesthésique systématique avant le départ pour le bloc ou au bloc. Livret d'information en urgence du patient, document de liaison pour la prescription et les renseignements à destination du bloc opératoire (informations administratives, médicales, dépistage du risque de maladie de Creutzfeld-Jacob, prévisions bloc opératoire, matériel à prévoir)

Phase per-opératoire et post-opératoire : Check-list en zone préparation du patient, check-list en zone d'induction, check-list en salle d'intervention, check-list en SSPI, fiche de surveillance post-interventionnelle, document de liaison, compte rendu opératoire type, prescription J1 conjointe.

Préparation de la sortie : Check-list en sortie du patient, prescription médicale pour confirmer l'aptitude du patient à la sortie, vérification de la bonne compréhension des consignes de retour à domicile par le malade, prescription systématique d'antalgiques et ordonnance de sortie conjointe, vérification de la conformité du dossier avant la sortie du patient, délivrance du rendez-vous post opératoire, formalisation des conditions de sortie, numéro de téléphone en cas d'urgence.

Informations permettant la continuité des soins : Fiche d'information des suites opératoires et des conduites à tenir en urgence.

Cette SAR a été identifiée en 2024. Les déclarations relatives à cette SAR n'existe pas.