

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

ENTRE NECESSITE ET SECURITE

*Nathalie BERTHIER – CH. Nevers
David FABBRO - HIA Sainte Anne-Toulon*

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

INTRODUCTION

- But de ce travail : améliorer la prise en charge du patient en Cardiologie Interventionnelle (CI) tant sur le plan de la sécurité interventionnelle, que sur celui du suivi des informations aux seins des différents services qu'il traverse.
- Démarche motivée par plusieurs constats:
 - Pertes d'informations
 - Manque de précisions des Comptes-rendus (CR)
 - Dangers pour le patient : augmentation du risque d'Evénements Indésirables (EI)
- Réflexion sur la nécessité d'une fiche de liaison permettant :
 - de consigner les informations importantes
 - D'assurer une continuité des soins
 - Minimiser la survenue d'Evénements Indésirables

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

LES TEXTES

- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession d'Infirmier :
 - Art. R.4311-3 « ...l'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossiers de soins infirmiers. »
 - Art. R.4311-15 « ...il est activement impliqué dans la recherche dans le domaine des soins infirmiers et participe à des actions de recherche pluridisciplinaire. »
 - Art. R.4311-2 « ...participe à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur »



FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- Ordonnance du 24 Avril 1996

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

2 CONSTATS:

Mauvaises préparations des patients aux examens de cardiologie interventionnelle

- Fiche de transmissions **uniquement** médicales
- Accessibilité du CR au format Dicom difficile
- Transmission d'informations importantes non-négligeables absentes
(ex: évolution de l'EVA...)

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

OBJECTIF:

CREATION D'UNE FICHE DE TRANSMISSIONS
DEDIEE A LA CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- AVANTAGES:

- Traçabilité des soins réalisés
- Traçabilité des différents intervenants
- Moyen de liaison entre les services et la salle de cathétérisme
- Consignation des informations
- Responsabilité juridique

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

POURQUOI ?



Supports déjà existants !!!

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

● Fiche de liaison bloc

● Fiche check-list de gestes à risques

FICHE DE LIAISON
ZONE INTERVENTIONNELLE ↔ **SERVICE**
Période pré-opératoire

Etiquette AMBOULUS du patient

SERVICE :

Date : _____

Intervention : droite gauche

Catégorie : programmée ambulatoire

Urgence : programmée ambulatoire

Chirurgie : _____

Patient porteur gastro connu : oui non

Si oui/heure : _____

Allergie : Latex oui non
 Iode oui non

Dépistage : EBM oui non
 SARM oui non

VERIFICATION DU DOSSIER

	OUI	NON
Consentement signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imagerie Echo, Scanner, IRM, CD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indice d'anomalie intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultats bilans biologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation d'opérer (mineurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 avertissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAT < 4 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte de groupe sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 feuille patient X 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier anesthésique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom : _____		
Prénoms : _____		
Signature : _____		

PREPARATION LOCALE GENERALE
 (y compris : ambulatoire - endoscopie)

OUI NON

Hygiène bucco-dentaire

État cutané

RAS

Autre

Douche + shampooing

Tolotho potant alfo

Produit utilisé : HIFADIN-
 HIBISORUS

Hygiène bucco-dentaire

Problème éventuel

Opérateur averti

Nom : _____

Signature : _____

PREPARATION J O (suite)

Vérification absence de port

Lentilles

Verres

Autres : _____

Dépoux Vomis Maquillage

Piercing

Sous vêtements

Médicament le départ oui non

Hydratant : _____

Heures : _____

Mydriase : _____

ENLAIN

LUCENTIS : _____

Heure prise d'occlusion dentaire : _____

Heure dernière prise orale : _____

Ou prescription continue

MATERIEL DESCENDU AU BLOC

OUI NON

Bos de contention

Allièle de mobilisation

Sonde gastrique

Autre : _____

Non et signature du brancardier ou de la personne prenant en charge le patient : _____

Patient à jeun : oui non

Dossier complet : oui non

Si non (premier) manquantes

HIA Ste Anne

Qua Enr541 V1 janvier 2012

1

CHECK-LIST
 « POSE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (CVC) OU AUTRE DISPOSITIF VASCULAIRE (DV) »

Identification du patient
 Etiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance

HAS
 HAUTE AUTORITE DE SAUVEGARDE

Identité étendue de l'établissement

Date : _____

Lieu et mise en place : _____

URGENCE Oui Non

OPÉRATEUR

Nom : _____

Si junior, encadré par : _____

Check-list renseignée par : _____

TYPE DE MATÉRIEL

CVC CVC bioactif

CVC tunnélisé Chambre implantable

CVC Dialyse Autres (PICC, etc.)

VOIE D'ABORD VASCULAIRE
 Autres renseignements utiles

AVANT LA MISE EN PLACE	PENDANT LA MISE EN PLACE	APRÈS LA MISE EN PLACE
<ul style="list-style-type: none"> Identité du patient vérifiée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Patient / famille informé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ÉVALUATION DES RISQUES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> Risque hémorragique, allergie, contre-indications anatomique ou pathologique Choix argumenté du site d'insertion <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Choix concerté du matériel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préparation cutanée appropriée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Monitoring approprié <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vérification du matériel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> Date de péremption, intégrité de l'emballage Échographie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<ul style="list-style-type: none"> PROCÉDURES D'HYGIÈNE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> Désinfection/désinfection avec antiseptique alcoolique Conditions d'asepsie chirurgicale Vérifications per opérateurs des matériels <ul style="list-style-type: none"> Mécanique <ul style="list-style-type: none"> Solidité des connexions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Positionnelle Extrémité du cathéter <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non FONCTIONNELLE <ul style="list-style-type: none"> Reflex sanguin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Système perméable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vérification de la fixation du dispositif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pose d'un pansement occlusif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si utilisation différée, fermeture du dispositif <ul style="list-style-type: none"> En accord avec la procédure locale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<ul style="list-style-type: none"> CONTRÔLE CVC / DV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> Position du CVC vérifiée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Recherche de complication <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non TRACABILITÉ / COMPTE RENDU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <ul style="list-style-type: none"> Matériel, technique, nombre de ponctions, incident Prescriptions pour le suivi après pose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Documents remis au patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>COMMENTAIRE (en cas de réponse négative)</p>

CETTE CHECK-LIST N'EST PAS EXHAUSTIVE (ET CE D'AUTANT QUELLE CONCERNE DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS ET MODES D'UTILISATION DES ABORDS VASCULAIRES CENTRAUX), C'EST POURQUOI TOUTES MODIFICATIONS SONT ENCOURAGÉES POUR S'ADAPTER AUX PRATIQUES SPÉCIFIQUES DE VOTRE SPÉCIALITÉ OU DE VOTRE ÉTABLISSEMENT. NÉANMOINS, SELON L'A VIS DU GROUPE DE TRAVAIL, TOUTE GRILLE COMPORTANT UNE RÉDUCTION OU UN ÉLARGISSEMENT DES CRITÈRES VÉRIFIÉS DEVIENDRAIT COMPORTER TOUS LES ÉLÉMENTS EN MAJUSCULES.

GROUPE DE TRAVAIL : HAS ET REPRÉSENTANTS DES SOCIÉTÉS SAVANTES ET ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES D'ANESTHÉSIE, RÉANIMATION, CHIRURGIE VASCULAIRE, NÉPHROLOGIE, HÉMATOLOGIE, ONCOLOGIE, NUTRITION PARENTERALE D'INTECTOLOGIE ET D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identification du patient

Etiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle de l'établissement

- Informations au patient Oui Non*
- Traçabilité du consentement éclairé Oui Non*
- Dossier correspondant au patient Oui Non*

AVANT ANESTHÉSIE OU SÉDATION	
1	L'identité est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	L'intervention et le site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou la procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnement <ul style="list-style-type: none"> • pour la partie interventionnelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie imagerie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il : <ul style="list-style-type: none"> • un risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • un risque lié au produit de contraste <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • une insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • un risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • un risque lié à l'irradiation (grossesse) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

AVANT INTERVENTION	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des anesthésistes, radiologues et manipulateurs électroradio. <ul style="list-style-type: none"> • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site interventionnel confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • monitoring du patient vérifié <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. <ul style="list-style-type: none"> • sur le plan interventionnel (voie d'abord définie, technique précisée, DMI disponibles, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*
9	Prise en compte de situations spécifiques concernant <ul style="list-style-type: none"> • la gestion des antiagrégants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* • la gestion des anticoagulants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* • l'antibioprophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/R <input type="checkbox"/> Non* • la préparation du champ opératoire réalisé selon protocole en vigueur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*

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



UF exécutrice : _____ Salle : _____
 Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____
 Radiologues ; médecins opérateurs ; manipulateur(s) d'électroradiologie médicale : _____
 Anesthésiste « intervenant » : _____
 Coordonnateur check-list : _____
 Manipulateur responsable : _____

APRÈS INTERVENTION	
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> • de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* • des médicaments utilisés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de la quantité de produit contraste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du recueil de l'irradiation délivrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de la traçabilité du matériel et DMI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de l'enregistrement des images <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • de la feuille de liaison remplie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? (si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cocher N/A) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes de radiologie et d'anesthésie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *	
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Radiologue _____ Anesthésiste _____ Coordonnateur CL _____	

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU RADIOLOGUE ET DE L'ANESTHÉSISTE RESPONSABLE DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE SI (1) 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 NON CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UN *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »
Version 2011 - 01

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Montré visuelle
de l'établissement

Bloc : _____ Salle : _____
Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____
Chirurgien « intervenant » : _____
Anesthésiste « intervenant » : _____
Coordonnateur (s) check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	APRÈS INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>
<p>1 L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* </p> <p>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*</p> <p>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"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>5 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements <ul style="list-style-type: none"> • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A </p> <p>6 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : le patient présente-t-il un : <ul style="list-style-type: none"> • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui* • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* </p>	<p>7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE <ul style="list-style-type: none"> • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* </p> <p>8 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (<i>Time out</i>) <ul style="list-style-type: none"> • sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* </p> <p>9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*</p>	<p>10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <small>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A</small> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* </p> <p>11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: x-small;">DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UNE *</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: x-small;">SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonateur CL</p>

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

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE 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 CONCERNÉS ET
 (3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

- Mauvaise lisibilité (contenu dense)
- Ne retranscrit pas le déroulement de la procédure
- Ne permet pas l'évaluation de la douleur

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- Cette fiche aura pour BUT de :
- Lister les actions à mener avant l'intervention => Phase de préparation Patient ou **PRE-PROCEDURE**
- Noter et cibler les points importants pendant l'examen phase **PER-PROCEDURE**
- Permettre au service en post-opératoire de mieux visualiser l'ensemble de la procédure et d'être plus efficient : **POST-PROCEDURE**

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE										IDENTITE PATIENT ou ETIQUETTE avec IEP					
Date : / /		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE										Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>					
Service : <input type="checkbox"/> CORO <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		PRE-PROCEDURE				PER-PROCEDURE				POST-PROCEDURE							
Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>		Vérifications SAS d'accueil :				oui		non		 Retour Service à : h					
EVA :		Concordance Patient/Etiquettes				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		EVA :							
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Patient A jeun :				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ECG <input type="checkbox"/>							
Informations au patient		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Perméabilité de la perfusion :				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Lit Strict => oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
Consentements signés:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>								Monitoring		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Dossier médical :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Injections réalisées:								Douleurs thoraciques :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Bilan sanguin :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Isoptine .....mg		Atropine .....mg						Perfusion		<input type="checkbox"/> A déperfusion <input type="checkbox"/>			
Étiquettes patient:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Risordan .....mg		Anti Gp2b3a: .....mg						Surveillance à distance :					
Douche :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Héparine .....ui		PSE .....ml/h						Surveillance Abord art.:		Radial <input type="checkbox"/> Fémoral <input type="checkbox"/>			
Dépilation:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Aspégic .....mg		Gélofusine .....ml						Desserré H+2 :		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Patient A Jeun :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Oxygène l/min		Furosémide .....mg						Ablation H+12		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Bracelet/identité :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Conclusions :								Ablation H+24		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
EmlaPatch(radiale):		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		ACT=> Ballons <input type="checkbox"/> Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>								Douleurs thoraciques :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Perfusion +				Réseau ==> TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>								Hydratation/ boisson		<input type="checkbox"/> ++			
Prolongateur 2m:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Reprise en ACT le :								Oxygénothérapie		<input type="checkbox"/> l/min			
Absence de bijoux:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Antiagregants Plaquettaires administrés :										ECG de sortie :		<input type="checkbox"/>	
App. Dentaire(s):		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Plavix mg <input type="checkbox"/>		Efient mg <input type="checkbox"/>								Sortie prévue le à h			
Anxiété:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Brilique mg <input type="checkbox"/>		Autres mg <input type="checkbox"/>											
Médications pré-examen :				Fermeture :													
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg													
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg													
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg													
EVA :																	
Compressive <input type="checkbox"/>				Angioseal <input type="checkbox"/>													
Signature Prescripteur :																	
Nom/signature de l'IDE :																	

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- Lors de la Pré-procédure:
 - Temps de préparation du patient à son examen
 - Physique et psychologique
 - Technique et administrative

Le tout, contrôlé et signé par le paramédical en charge du patient

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement				FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE								IDENTITE PATIENT	
				SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE								ou ETIQUETTE avec IEP	
Date : / /				CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>		ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>			
Service : PRE-PROCEDURE				PER-PROCEDURE				POST-PROCEDURE					
Urgence: <input type="checkbox"/> Programmée: <input type="checkbox"/>				Vérifications SAS d'accueil :				Retour Service à : h		EVA :			
EVA :				Concordance Patient/Etiquettes				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		EVA :			
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Patient A jeun :				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		ECG <input type="checkbox"/>			
Informations au patient				Perméabilité de la perfusion :				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Lit Strict => <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Consentements signés:				Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Monitoring <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Dossier médical :				Injections réalisées:				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Douleurs thoraciques : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Bilan sanguin :				Isoptine .....mg		Atropine .....mg		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Perfusion <input type="checkbox"/> A déperuser <input type="checkbox"/>			
Etiquettes patient:				Risordan .....mg		Anti Gp2b3a: .....mg		Surveillance à distance :					
Douche :				Héparine .....ui		PSE .....ml/h		Surveillance Abord art.:		Radial <input type="checkbox"/> Fémoral <input type="checkbox"/>			
Dépilation:				Aspégic .....mg		Gélofusine .....ml		Desserré H+2 :		<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non			
Patient A Jeun :				Oxygène l/min		Furosémide .....mg		Ablation H+12		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Bracelet/identité :				Conclusions :				Ablation H+24		<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
EmlaPatch(radiale):				ACT=> Ballons <input type="checkbox"/> Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>				Douleurs thoraciques :		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Perfusion +				Réseau ==> TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>				Hydratation/ boisson		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Prolongateur 2m:				Reprise en ACT le :				Oxygénothérapie		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Absence de bijoux:				Antiagregants Plaquettaires administrés :				ECG de sortie :		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
App. Dentaire(s):				Plavix mg <input type="checkbox"/>		Efient mg <input type="checkbox"/>		Sortie prévue le à h					
Anxiété:				Brilique mg <input type="checkbox"/>		Autres mg <input type="checkbox"/>							
Médications pré-examen :				Fermeture :									
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg		Compressive <input type="checkbox"/>		Angioseal <input type="checkbox"/>		Signature Prescripteur :			
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg		EVA :							
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg									
Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :					

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Etablissement				FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE								IDENTITE PATIENT	
Date : / /				SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE								ou ETIQUETTE avec IEP	
Service :				CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>		ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C..... <input type="checkbox"/>		Dr P..... <input type="checkbox"/>	
PRE-PROCEDURE				PER-PROCEDURE				POST-PROCEDURE					
Urgence: <input type="checkbox"/>				Programmée: <input type="checkbox"/>				Retour Service à : h					
EVA :				Vérifications SAS d'accueil :				EVA :					
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Concordance Patient/Etiquettes				ECG <input type="checkbox"/>					
Informations au patient oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Patient A jeun :				Lit Strict => oui non					
Consentements signés: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Perméabilité de la perfusion :				Monitoring oui non					
Dossier médical : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>				Douleurs thoraciques : oui non					
Bilan sanguin : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Injections réalisées:				Perfusion <input type="checkbox"/> A déperfusion <input type="checkbox"/>					
Etiquettes patient: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Isoptine .....mg Atropine .....mg				Surveillance à distance :					
Douche : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Risordan .....mg Anti Gp2b3a: .....mg				Surveillance Abord art.: Radial Fémoral					
Dépilation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Héparine .....ui PSE .....ml/h				Desserré H+2 : <input type="checkbox"/> X					
Patient A Jeun : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Aspégic .....mg Gélofusine .....ml				Ablation H+12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Bracelet/identité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Oxygène l/min Furosémide .....mg				Ablation H+24 X <input type="checkbox"/>					
EmlaPatch(radiale): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Conclusions :				Douleurs thoraciques : oui non					
Perfusion +				ACT=> Ballons <input type="checkbox"/> Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>				Hydratation/ boisson <input type="checkbox"/> ++					
Prolongateur 2m: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Réseau ==> TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>				Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> l/min					
Absence de bijoux: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Reprise en ACT le :				ECG de sortie : <input type="checkbox"/>					
App. Dentaire(s): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Antiagregants Plaquettaires administrés :				Sortie prévue le à h					
Anxiété: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Plavix mg <input type="checkbox"/> Efient mg <input type="checkbox"/>				Signature Prescripteur :					
Médications pré-examen :				Brilique mg <input type="checkbox"/> Autres mg <input type="checkbox"/>									
HBPM ui Plavix mg Atarax mg				Fermeture :									
Héparine ui Efient mg Morphine mg				Compressive <input type="checkbox"/> Angioseal <input type="checkbox"/>									
Aspégic mg O2= l/min Nubain mg				EVA :									
Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :					

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE						IDENTITE PATIENT				
		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE						ou ETIQUETTE avec IEP				
Date :	/ /	CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>		ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C.....	Dr P.....			
Service :								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PRE-PROCEDURE				PER-PROCEDURE				POST-PROCEDURE				
Urgence:	<input type="checkbox"/>	Programmée:	<input type="checkbox"/>	Vérifications SAS d'accueil :		oui	non	Retour Service à : h				
EVA :				Concordance Patient/Etiquettes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EVA :				
Allergies: Iode <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patient A jeun :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECG <input type="checkbox"/>				
Informations au patient	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perméabilité de la perfusion :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lit Strict => oui non				
Consentements signés:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/>		ARD <input type="checkbox"/>	AFG <input type="checkbox"/>	AFD <input type="checkbox"/>	Monitoring		oui non	
Dossier médical :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injections réalisées:				Douleurs thoraciques :			oui non	
Bilan sanguin :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isoptine	.....mg	Atropine	.....mg	Perfusion <input type="checkbox"/>			A déperuser <input type="checkbox"/>
Étiquettes patient:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risordan	.....mg	Anti Gp2b3a:	.....mg	Surveillance à distance :			
Douche :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Héparine	.....ui	PSE	.....ml/h	Surveillance Abord art.:		Radial	Fémoral
Dépilation:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspégic	.....mg	Gélofusine	.....ml	Desserré H+2 :		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Patient A Jeun :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxygène	l/min	Furosémide	.....mg	Ablation H+12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bracelet/identité :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conclusions :				Ablation H+24		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EmlaPatch(radiale):	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACT=>	Ballons <input type="checkbox"/>	Stent(s)	actif <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>	Douleurs thoraciques :		oui non	
Perfusion +				Réseau ==>	TC <input type="checkbox"/>	IVA <input type="checkbox"/>	CX <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>	Hydratation/ boisson		<input type="checkbox"/>	++
Prolongateur 2m:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reprise en ACT le :				Oxygénothérapie		<input type="checkbox"/>	l/min	
Absence de bijoux:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antiagregants Plaquettaires administrés :				ECG de sortie :		<input type="checkbox"/>		
App. Dentaire(s):	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plavix	mg <input type="checkbox"/>	Efient	mg <input type="checkbox"/>	Sortie prévue le			à h	
Anxiété:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brilique	mg <input type="checkbox"/>	Autres	mg <input type="checkbox"/>	Signature Prescripteur :				
Médications pré-examen :				Fermeture :								
HBPM	ui	Plavix	mg	Atarax	mg	Compressive	<input type="checkbox"/>	Angioseal	<input type="checkbox"/>			
Héparine	ui	Efient	mg	Morphine	mg							
Aspégic	mg	O2=	l/min	Nubain	mg							
EVA :				EVA :				EVA :				
Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :				

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Etablissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE						IDENTITE PATIENT					
		SERVICE <===> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE						ou ETIQUETTE avec IEP					
Date :	/ /	CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>		ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C.....	<input type="checkbox"/> Dr P.....				
Service :		PRE-PROCEDURE			PER-PROCEDURE			POST-PROCEDURE					
Urgence:	<input type="checkbox"/>	Programmée:	<input type="checkbox"/>			Vérifications SAS d'accueil :	oui	non	 Retour Service à :	h			
EVA :													
Allergies: Iode	<input type="checkbox"/>	autres	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Concordance Patient/Etiquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EVA :				
Informations au patient	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Patient A jeun :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>				
Consentements signés:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Perméabilité de la perfusion :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lit Strict	=>	oui	non		
Dossier médical :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Voie d'Abord : ARG	<input type="checkbox"/>	ARD	<input type="checkbox"/>	AFG	<input type="checkbox"/>	non		
Bilan sanguin :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Injections réalisées:			Monitoring		oui	non		
Etiquettes patient:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Isoptine	.....mg	Atropine	.....mg	Douleurs thoraciques :	oui	non
Douche :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Risordanmg	Anti Gp2b3a:mg	Perfusion	<input type="checkbox"/>	A déperuser	<input type="checkbox"/>	
Dépilation:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Héparine	.....ui	PSE	.....ml/h	Surveillance à distance :		
Patient A Jeun :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Aspégic	.....mg	Gélofusine	.....ml	Surveillance Abord art.:	Radial	Fémoral
Bracelet/identité :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Oxygène	l/min	Furosémide	.....mg	Désserré H+2 :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
EmlaPatch(radiale):	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Conclusions :				Ablation H+12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perfusion +					ACT=>	Ballons	<input type="checkbox"/>	Stent(s)	actif	<input type="checkbox"/>	nu	<input type="checkbox"/>	
Prolongateur 2m:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Réseau ==>	TC	<input type="checkbox"/>	IVA	<input type="checkbox"/>	CX	<input type="checkbox"/>	CD	<input type="checkbox"/>
Absence de bijoux:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Reprise en ACT le :				Ablation H+24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
App. Dentaire(s):	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Antiagregants Plaquettaires administrés :				Douleurs thoraciques :	oui	non		
Anxiété:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Plavix	mg	<input type="checkbox"/>	Efient	mg	<input type="checkbox"/>	Hydratation/ boisson	<input type="checkbox"/>	++
Médications pré-examen :					Brilique	mg	<input type="checkbox"/>	Autres	mg	<input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	l/min
HBPM	ui	Plavix	mg	Atarax	mg	Fermeture :			ECG de sortie :	<input type="checkbox"/>			
Héparine	ui	Efient	mg	Morphine	mg	Compressive	<input type="checkbox"/>	Angioseal	<input type="checkbox"/>	Sortie prévue le			
Aspégic	mg	O2=	l/min	Nubain	mg	EVA :			à h				
Nom/signature de l'IDE :					Nom/signature de l'IDE :				Signature Prescripteur :				

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Etablissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE						IDENTITE PATIENT						
		SERVICE <===> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE						ou ETIQUETTE avec IEP						
Date :	/ /	CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>		ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C.....	<input type="checkbox"/> Dr P.....					
Service :		PRE-PROCEDURE			PER-PROCEDURE			POST-PROCEDURE						
Urgence:	<input type="checkbox"/>	Programmée:	<input type="checkbox"/>			Vérifications SAS d'accueil :	oui	non	 Retour Service à :	h				
EVA :							EVA :							
Allergies:	Iode <input type="checkbox"/>	autres	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Concordance Patient/Etiquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>				
Informations au patient	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Patient A jeun :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lit Strict	=>	oui	non			
Consentements signés:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Perméabilité de la perfusion :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitoring		oui	non			
Dossier médical :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Voie d'Abord :	ARG <input type="checkbox"/>	ARD <input type="checkbox"/>	AFG <input type="checkbox"/>	AFD <input type="checkbox"/>	Douleurs thoraciques :	oui	non		
Bilan sanguin :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Injections réalisées:			Perfusion	<input type="checkbox"/>	A déperfusion	<input type="checkbox"/>			
Etiquettes patient:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Isoptine	.....mg	Atropine	.....mg	Surveillance à distance :			
Douche :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Risordan	.....mg	Anti Gp2b3a:	.....mg	Surveillance Abord art.:	Radial	Fémoral	
Dépilation:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Héparine	.....ui	PSE	.....ml/h	Désserré H+2 :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Patient A Jeun :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Aspégic	.....mg	Gélofusine	.....ml	Ablation H+12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bracelet/identité :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Oxygène	l/min	Furosémide	.....mg	Ablation H+24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EmlaPatch(radiale):	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Conclusions :									
Perfusion +				ACT=> Ballons <input type="checkbox"/>			Stent(s)	actif <input type="checkbox"/>	nu <input type="checkbox"/>	Douleurs thoraciques :		oui	non	
Prolongateur 2m:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Réseau ==>	TC <input type="checkbox"/>	IVA <input type="checkbox"/>	CX <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>	Hydratation/ boisson	<input type="checkbox"/>	++		
Absence de bijoux:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Reprise en ACT le :									
App. Dentaire(s):	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Antiagregants Plaquettaires administrés :									
Anxiété:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Plavix	mg	Efient	mg	<input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	l/min		
Médications pré-examen :					Brilique	mg	Autres	mg	<input type="checkbox"/>	ECG de sortie :	<input type="checkbox"/>			
HBPM	ui	Plavix	mg	Atarax	mg	Fermeture :								
Héparine	ui	Efient	mg	Morphine	mg	Compressive	<input type="checkbox"/>	Angioseal	<input type="checkbox"/>	Sortie prévue le			à	h
Aspégic	mg	O2=	l/min	Nubain	mg	EVA :								
Nom/signature de l'IDE :					Nom/signature de l'IDE :					Nom/signature de l'IDE :				

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- La phase de procédure en elle-même:
 - Technique employée
 - Thérapeutiques mises en place
 - Les conclusions de l'examen
 - Le système de fermeture de la voie d'abord
 - Et toujours l'identité de l'IDE

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE				IDENTITE PATIENT	
		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE				ou ETIQUETTE avec IEP	
Date :	/ /	CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>	ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>
Service :		PER-PROCEDURE				POST-PROCEDURE	
PRE-PROCEDURE		Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>		Retour Service à : h	
EVA :		Vérfications SAS d'accueil :		oui non		EVA :	
Allergies: Iode <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Concordance Patient/Etiquettes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ECG <input type="checkbox"/>	
Informations au patient	oui <input type="checkbox"/>	Patient A jeun :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Lit Strict => oui non	
Consentements signés:	oui <input type="checkbox"/>	Perméabilité de la perfusion :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Monitoring	
Dossier médical :	oui <input type="checkbox"/>	Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/>		ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>		Douleurs thoraciques : oui non	
Bilan sanguin :	oui <input type="checkbox"/>	Injections réalisées:				Perfusion <input type="checkbox"/> A déperuser <input type="checkbox"/>	
Étiquettes patient:	oui <input type="checkbox"/>	Isoptine	.....mg	Atropine	.....mg	Surveillance à distance :	
Douche :	oui <input type="checkbox"/>	Risordan	.....mg	Anti Gp2b3a:	.....mg	Surveillance Abord art.: Radial Fémoral	
Dépilation:	oui <input type="checkbox"/>	Héparine	.....ui	PSE	.....ml/h	Desserré H+2 : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Patient A Jeun :	oui <input type="checkbox"/>	Aspégic	.....mg	Gélofusine	.....ml	Ablation H+12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bracelet/identité :	oui <input type="checkbox"/>	Oxygène	l/min	Furosémide	.....mg	Ablation H+24 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
EmlaPatch(radiale):	oui <input type="checkbox"/>	Conclusions :				Douleurs thoraciques : oui non	
Perfusion +		ACT=> Ballons <input type="checkbox"/>		Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>		Hydratation/ boisson <input type="checkbox"/> ++	
Prolongateur 2m:	oui <input type="checkbox"/>	Réseau ==> TC <input type="checkbox"/>		IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> l/min	
Absence de bijoux:	oui <input type="checkbox"/>	Reprise en ACT le :				ECG de sortie : <input type="checkbox"/>	
App. Dentaire(s):	oui <input type="checkbox"/>	Antiagregants Plaquettaires administrés :				Sortie prévue le à h	
Anxiété:	oui <input type="checkbox"/>	Plavix mg <input type="checkbox"/>		Efient mg <input type="checkbox"/>		Signature Prescripteur :	
Médications pré-examen :		Brilique mg <input type="checkbox"/>		Autres mg <input type="checkbox"/>			
HBPM	ui	Fermeture :					
Héparine	ui	Compressive <input type="checkbox"/>		Angioseal <input type="checkbox"/>			
Aspégic	mg	EVA :					
Nom/signature de l'IDE :		Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :	

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE				IDENTITE PATIENT	
Date : / /		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE				ou ETIQUETTE avec IEP	
Service :		CORO <input type="checkbox"/>	ACT <input type="checkbox"/>	ROTABLATOR <input type="checkbox"/>	Pr C..... <input type="checkbox"/>	Dr P..... <input type="checkbox"/>	
PRE-PROCEDURE				DER-PROCEDURE		POST-PROCEDURE	
Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>		Vérifications SAS d'accueil :		Retour Service à : h	
EVA :				Concordance Patient/Étiquettes		oui non	
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Patient A jeun :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Informations au patient oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Perméabilité de la perfusion :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Consentements signés: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>			
Dossier médical : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Injections réalisées:			
Bilan sanguin : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Isoptine .....mg	Atropine .....mg		
Étiquettes patient: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Risordan .....mg	Anti Gp2b3a: .....mg		
Douche : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Héparine .....ui	PSE .....ml/h		
Dépilation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Aspégic .....mg	Gélofusine .....ml		
Patient A Jeun : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Oxygène l/min	Furosémide .....mg		
Bracelet/identité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Conclusions :			
EmlaPatch(radiale): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				ACT=> Ballons <input type="checkbox"/>	Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>		
Perfusion +				Réseau ==> TC <input type="checkbox"/>	IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		
Prolongateur 2m: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Reprise en ACT le :			
Absence de bijoux: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Antiagregants Plaquettaires administrés :			
App. Dentaire(s): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Plavix mg <input type="checkbox"/>	Efient mg <input type="checkbox"/>		
Anxiété: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Brilique mg <input type="checkbox"/>	Autres mg <input type="checkbox"/>		
Médications pré-examen :				Fermeture :			
HBPM ui	Plavix mg	Atarax mg		Compressive <input type="checkbox"/>	Angioseal <input type="checkbox"/>		
Héparine ui	Efient mg	Morphine mg		EVA :			
Aspégic mg	O2= l/min	Nubain mg					
Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :		Nom/signature de l'IDE :	

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement				FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE								IDENTITE PATIENT ou ETIQUETTE avec IEP	
Date : / /				CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>		ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>			
PRE-PROCEDURE				PER-PROCEDURE				POST-PROCEDURE					
Urgence: <input type="checkbox"/> Programmée: <input type="checkbox"/>				Vérifications SAS d'accueil : oui non				Retour Service à : h					
EVA :				Concordance Patient/Etiquettes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				EVA :					
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Patient A jeun : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				ECG <input type="checkbox"/>					
Informations au patient oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Perméabilité de la perfusion : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Lit Strict => oui non					
Consentements signés: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>				Monitoring oui non					
Dossier médical : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Injections réalisées:				Douleurs thoraciques : oui non					
Bilan sanguin : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Isoptine .....mg		Atropine .....mg		Perfusion <input type="checkbox"/> A déperfuser <input type="checkbox"/>					
Étiquettes patient: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Risordan .....mg		Anti Gp2b3a: .....mg		Surveillance à distance :					
Douche : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Héparine .....ui		PSE .....ml/h		Surveillance Abord art.: Radial		Fémoral			
Dépilation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Aspégic .....mg		Gélofusine .....ml		Desserré H+2 : <input type="checkbox"/>		X			
Patient A Jeun : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Oxygène l/min		Furosémide .....mg		Ablation H+12 <input type="checkbox"/>		X			
Bracelet/identité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Conclusions :									
EmlaPatch(radiale): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				ACT=> Ballons <input type="checkbox"/> Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>				Ablation H+24 <input type="checkbox"/>					
Perfusion +				Réseau ==> TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>				Douleurs thoraciques : oui non					
Prolongateur 2m: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Reprise en ACT le :									
Absence de bijoux: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Antiagregants Plaquettaires administrés :				Hydratation/ boisson <input type="checkbox"/> ++					
App. Dentaire(s): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Plavix mg <input type="checkbox"/>		Efient mg <input type="checkbox"/>		Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> l/min					
Anxiété: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Brilique mg <input type="checkbox"/>		Autres mg <input type="checkbox"/>		ECG de sortie : <input type="checkbox"/>					
Médications pré-examen :				Fermeture :									
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg		Compressive <input type="checkbox"/>		Angioseal <input type="checkbox"/>		Sortie prévue le à h			
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg		Signature Prescripteur :							
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg		Signature Prescripteur :							
EVA :				EVA :				EVA :					
Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :					

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE						IDENTITE PATIENT	
		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE						ou ETIQUETTE avec IEP	
Date :	/ /	CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>		ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C.....	<input type="checkbox"/> Dr P.....
Service :		PRE-PROCEDURE			PER-PROCEDURE			POST-PROCEDURE	
Urgence:	<input type="checkbox"/>	Programmée:	<input type="checkbox"/>			Vérifications SAS d'accueil :		Retour Service à : h	
EVA :									
Allergies:	Iode <input type="checkbox"/>	autres	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Concordance Patient/Etiquettes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations au patient	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Patient A jeun :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consentements signés:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Perméabilité de la perfusion :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dossier médical :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>				
Bilan sanguin :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Injections réalisées:				
Étiquettes patient:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Isoptine	.....mg	Atropine	.....mg
Douche :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Risordan	.....mg	Anti Gp2b3a:	.....mg
Dépilation:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Héparine	.....ui	PSE	.....ml/h
Patient A Jeun :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Aspégic	.....mg	Gélofusine	.....ml
Bracelet/identité :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Oxygène	l/min	Furosémide	.....mg
EmlaPatch(radiale):	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Conclusions :				
Perfusion +					ACT=> Ballons	<input type="checkbox"/>	Stent(s) actif	<input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>	
Prolongateur 2m:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Réseau ==>	TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>			
Absence de bijoux:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Reprise en ACT le :				
App. Dentaire(s):	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Antiagregants Plaquettaires administrés :				
Anxiété:	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Plavix	mg <input type="checkbox"/>	Efient	mg <input type="checkbox"/>	
Médications pré-examen :					Brilique	mg <input type="checkbox"/>	Autres	mg <input type="checkbox"/>	
HBPM	ui	Plavix	mg	Atarax	mg	Fermeture :			
Héparine	ui	Efient	mg	Morphine	mg	Compressive	<input type="checkbox"/>	Angioseal	<input type="checkbox"/>
Aspégic	mg	O2=	l/min	Nubain	mg	EVA :			
Nom/signature de l'IDE :					Nom/signature de l'IDE :				
					Nom/signature de l'IDE :				

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE						IDENTITE PATIENT ou ETIQUETTE avec IEP															
Date : / /		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE						Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>															
Service : <input type="checkbox"/> CORO <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		PRE-PROCEDURE			PER-PROCEDURE			POST-PROCEDURE															
Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>		Vérifications SAS d'accueil :			Retour Service à : h																
EVA :		Concordance Patient/Etiquettes			oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		EVA :														
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Patient A jeun :			oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		ECG <input type="checkbox"/>														
Informations au patient		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Perméabilité de la perfusion :			oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>												
Consentements signés:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>			Lit Strict =>		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>										
Dossier médical :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Injections réalisées:			Monitoring		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>										
Bilan sanguin :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Isoptine .....mg			Atropine .....mg		Douleurs thoraciques :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>								
Étiquettes patient:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Risordan .....mg			Anti Gp2b3a: .....mg			Perfusion <input type="checkbox"/>		A déperfusion <input type="checkbox"/>									
Douche :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Héparine .....ui			PSE .....ml/h			Surveillance à distance :											
Dépilation:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Aspégic .....mg			Gélofusine .....ml			Surveillance Abord art.:		Radial <input type="checkbox"/>		Fémoral <input type="checkbox"/>							
Patient A Jeun :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Oxygène l/min			Furosémide .....mg			Desserré H+2 :		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
Bracelet/identité :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Conclusions :			ACT=> Ballons <input type="checkbox"/>			Stent(s) actif <input type="checkbox"/>		nu <input type="checkbox"/>		Ablation H+12		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
EmlaPatch(radiale):		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Réseau ==>			TC <input type="checkbox"/>		IVA <input type="checkbox"/>		CX <input type="checkbox"/>		CD <input type="checkbox"/>		Ablation H+24		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Perfusion +						Reprise en ACT le :			Antiagregants Plaquettaires administrés :			Surveillance thoraciques :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Hydratation/ boisson		<input type="checkbox"/>		++	
Prolongateur 2m:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Plavix mg <input type="checkbox"/>			Efient mg <input type="checkbox"/>			Oxygénothérapie		<input type="checkbox"/>		l/min		ECG de sortie :		<input type="checkbox"/>			
Absence de bijoux:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Brilique mg <input type="checkbox"/>			Autres mg <input type="checkbox"/>			Sortie prévue le				à h							
App. Dentaire(s):		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Médications pré-examen :			Fermeture :			Signature Prescripteur :											
Anxiété:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		HBPM ui			Plavix mg		Atarax mg		Compressive <input type="checkbox"/>		Angioseal <input type="checkbox"/>								
Médications pré-examen :						Héparine ui			Efient mg		Morphine mg		EVA :										
Absence de bijoux:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Aspégic mg			O2= l/min		Nubain mg		Nom/signature de l'IDE :										
App. Dentaire(s):		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Compressive <input type="checkbox"/>			Angioseal <input type="checkbox"/>			Nom/signature de l'IDE :											
Anxiété:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		EVA :						Nom/signature de l'IDE :											
Médications pré-examen :						Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :											
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg		Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :											
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg		Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :											
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg		Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :											
Compressive <input type="checkbox"/>		Angioseal <input type="checkbox"/>				Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :											
EVA :						Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :											
Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :											

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Etablissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE						IDENTITE PATIENT		
		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE						ou ETIQUETTE avec IEP		
Date :	/ /	CORO <input type="checkbox"/>		ACT <input type="checkbox"/>		ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		Pr C.....	Dr P.....	
Service :								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRE-PROCEDURE				PER-PROCEDURE				POST-PROCEDURE		
Urgence:	<input type="checkbox"/>	Programmée:	<input type="checkbox"/>	Vérifications SAS d'accueil :		oui	non	Retour Service à : h		
EVA :				Concordance Patient/Etiquettes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EVA :		
Allergies: Iode	<input type="checkbox"/>	autres	<input type="checkbox"/>	Patient A jeun :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECG		
Informations au patient	oui	<input type="checkbox"/>	non	Perméabilité de la perfusion :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Consentements signés:	oui	<input type="checkbox"/>	non	Voie d'Abord : ARG		<input type="checkbox"/>	ARD	Lit Strict =>		
Dossier médical :	oui	<input type="checkbox"/>	non	Injections réalisées:		<input type="checkbox"/>	AFG	oui		
Bilan sanguin :	oui	<input type="checkbox"/>	non	Isoptine		.....mg	AFD	non		
Etiquettes patient:	oui	<input type="checkbox"/>	non	Risordan		.....mg		oui		
Douche :	oui	<input type="checkbox"/>	non	Héparine		.....ui	PSE	non		
Dépilation:	oui	<input type="checkbox"/>	non	Aspégic		.....mg	Gélofusine	oui		
Patient A Jeun :	oui	<input type="checkbox"/>	non	Oxygène		l/min	Furosémide	non		
Bracelet/identité :	oui	<input type="checkbox"/>	non	Conclusions :				A déperfusion		
EmlaPatch(radiale):	oui	<input type="checkbox"/>	non	ACT=> Ballons		<input type="checkbox"/>	Stent(s)	Surveillance à distance :		
Perfusion +				Réseau ==> TC		<input type="checkbox"/>	IVA	Surveillance Abord art.:		
Prolongateur 2m:	oui	<input type="checkbox"/>	non	Reprise en ACT le :			CX	Radial		
Absence de bijoux:	oui	<input type="checkbox"/>	non	Antiagregants Plaquettaires administrés:			CD	Fémoral		
App. Dentaire(s):	oui	<input type="checkbox"/>	non	Plavix		mg		Desserré H+2 :		
Anxiété:	oui	<input type="checkbox"/>	non	Brilique		mg		<input type="checkbox"/>		
Médications pré-examen :				Compressive		<input type="checkbox"/>	Angioseal	<input checked="" type="checkbox"/>		
HBPM	ui	Plavix	mg	Fermeture :				Ablation H+12		
Héparine	ui	Efient	mg	EVA :				Ablation H+24		
Aspégic	mg	O2=	l/min	Nom/signature de l'IDE :				oui		
				Nom/signature de l'IDE :				non		
				Nom/signature de l'IDE :				++		
				Nom/signature de l'IDE :				l/min		
				Nom/signature de l'IDE :				Oxygénothérapie		
				Nom/signature de l'IDE :				<input type="checkbox"/>		
				Nom/signature de l'IDE :				ECG de sortie :		
				Nom/signature de l'IDE :				<input type="checkbox"/>		
				Nom/signature de l'IDE :				Sortie prévue le		
				Nom/signature de l'IDE :				à h		
				Nom/signature de l'IDE :				Signature Prescripteur :		

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- Le retour en USIC ou service conventionnel ou **POST-PROCEDURE** comprendra:
 - Heure de prise en charge et IDE responsable
 - Surveillance immédiate
 - Puis à distance
 - Éventuellement des indications sur le devenir

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE						IDENTITE PATIENT ou ETIQUETTE avec IEP		
Date : / /		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE						Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>		
Service : <input type="checkbox"/> CORO <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		PRE-PROCEDURE			PER-PROCEDURE			POST-PROCEDURE		
Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>		Vérifications SAS d'accueil :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		EVA :		
EVA :				Concordance Patient/Etiquettes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ECG <input type="checkbox"/>		
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Patient A jeun :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Lit Strict => oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Informations au patient oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Perméabilité de la perfusion :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Monitoring oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Consentements signés: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>				Douleurs thoraciques : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Dossier médical : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Injections réalisées:				Perfusion <input type="checkbox"/> A déperuser <input type="checkbox"/>		
Bilan sanguin : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Isoptine .....mg		Atropine .....mg		Surveillance à distance :		
Etiquettes patient: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Risordan .....mg		Anti Gp2b3a: .....mg		Surveillance Abord art.: Radial <input type="checkbox"/> Fémoral <input type="checkbox"/>		
Douche : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Héparine .....ui		PSE .....ml/h		Desserré H+2 : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
Dépilation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Aspégic .....mg		Gélofusine .....ml		Ablation H+12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Patient A Jeun : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Oxygène l/min		Furosémide .....mg		Ablation H+24 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Bracelet/identité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Conclusions :				Douleurs thoraciques : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
EmlaPatch(radiale): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				ACT=> Ballons <input type="checkbox"/> Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>				Hydratation/ boisson <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/>		
Perfusion +				Réseau ==> TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>				Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> l/min <input type="checkbox"/>		
Prolongateur 2m: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Reprise en ACT le :				ECG de sortie : <input type="checkbox"/>		
Absence de bijoux: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Antiagregants Plaquettaires administrés :				Sortie prévue le à h		
App. Dentaire(s): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Plavix mg <input type="checkbox"/> Efient mg <input type="checkbox"/>				Signature Prescripteur :		
Anxiété: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Brilique mg <input type="checkbox"/> Autres mg <input type="checkbox"/>						
Médications pré-examen :				Fermeture :						
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg						
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg		Compressive <input type="checkbox"/> Angioseal <input type="checkbox"/>				
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg						
EVA :										
Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :		

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE										IDENTITE PATIENT ou ETIQUETTE avec IEP		
Date : / /		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE										Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>		
Service :		CORO <input type="checkbox"/>			ACT <input type="checkbox"/>			ROTABLATOR <input type="checkbox"/>						
PRE-PROCEDURE					PER-PROCEDURE					POST-PROCEDURE				
Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>			Vérifications SAS d'accueil : oui non					 Retour Service à : h				
EVA :					Concordance Patient/Etiquettes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					EVA :				
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Patient A jeun : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ECG <input type="checkbox"/>				
Informations au patient oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Perméabilité de la perfusion : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Lit Strict => oui non				
Consentements signés: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>					Monitoring oui non				
Dossier médical : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Injections réalisées:					Douleurs thoraciques : oui non				
Bilan sanguin : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Isoptine .....mg		Atropine .....mg			Perfusion <input type="checkbox"/> A déperuser <input type="checkbox"/>				
Étiquettes patient: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Risordan .....mg		Anti Gp2b3a: .....mg			Surveillance à distance :				
Douche : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Héparine .....ui		PSE .....ml/h			Surveillance Abord art.: Radial Fémoral				
Dépilation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Aspégic .....mg		Gélofusine .....ml			Desserré H+2 : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>				
Patient A Jeun : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Oxygène l/min		Furosémide .....mg			Ablation H+12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Bracelet/identité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Conclusions :							Ablation H+24 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
EmlaPatch(radiale): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					ACT=> Ballons <input type="checkbox"/> Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>							Douleurs thoraciques : oui non		
Perfusion +					Réseau ==> TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>							Hydratation/ boisson <input type="checkbox"/> ++		
Prolongateur 2m: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Reprise en ACT le :							Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> l/min		
Absence de bijoux: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Antiagregants Plaquettaires administrés :							ECG de sortie : <input type="checkbox"/>		
App. Dentaire(s): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Plavix mg <input type="checkbox"/>		Efient mg <input type="checkbox"/>							
Anxiété: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Brilique mg <input type="checkbox"/>		Autres mg <input type="checkbox"/>							
Médications pré-examen :					Fermeture :							Sortie prévue le à h		
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg										
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg										
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg										
EVA :					Compressive <input type="checkbox"/> Angioseal <input type="checkbox"/>					Signature Prescripteur :				
Nom/signature de l'IDE :					Nom/signature de l'IDE :					Nom/signature de l'IDE :				

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE										IDENTITE PATIENT ou ETIQUETTE avec IEP			
Date : / /		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE										Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>			
Service : <input type="checkbox"/> CORO <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> ROTABLATOR <input type="checkbox"/>		PRE-PROCEDURE				PER-PROCEDURE				POST-PROCEDURE					
Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>		Vérfications SAS d'accueil :				oui		non		 Retour Service à : h			
EVA :		Concordance Patient/Etiquettes				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		EVA :					
Allergies: Iode <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Patient A jeun :				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ECG		<input type="checkbox"/>			
Informations au patient		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Perméabilité de la perfusion :				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Lit Strict => oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Consentements signés:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>								Monitoring		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Dossier médical :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Injections réalisées:								Douleurs thoraciques :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Bilan sanguin :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Isoptine .....mg		Atropine .....mg						Perfusion		<input type="checkbox"/> A déperfusion <input type="checkbox"/>	
Étiquettes patient:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Risordan .....mg		Anti Gp2b3a: .....mg						<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> Surveillance à distance : </div>		Surveillance Abord art.: Radial Fémoral	
Douche :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Héparine .....ui		PSE .....ml/h								Desserré H+2 :		☐ ☒
Dépilation:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Aspégic .....mg		Gélofusine .....ml						Ablation H+12		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Patient A Jeun :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Oxygène l/min		Furosémide .....mg						Ablation H+24		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bracelet/identité :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Conclusions :								Douleurs thoraciques :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
EmlaPatch(radiale):		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		ACT=> Ballons <input type="checkbox"/> Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>		Réseau ==> TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>						Hydratation/ boisson		<input type="checkbox"/> ++	
Perfusion +				Reprise en ACT le :								Oxygénothérapie		<input type="checkbox"/> l/min	
Prolongateur 2m:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Antiagregants Plaquettaires administrés :								ECG de sortie :		<input type="checkbox"/>	
Absence de bijoux:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Plavix mg <input type="checkbox"/>		Efient mg <input type="checkbox"/>						Sortie prévue le		à h	
App. Dentaire(s):		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Brilique mg <input type="checkbox"/>		Autres mg <input type="checkbox"/>									
Anxiété:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Fermeture :								Signature Prescripteur :			
Médications pré-examen :				Compressive <input type="checkbox"/>		Angioseal <input type="checkbox"/>									
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg											
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg											
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg											
EVA :															
Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :							

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Établissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE										IDENTITE PATIENT							
		SERVICE <==> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE										ou ETIQUETTE avec IEP							
Date : / /		CORO <input type="checkbox"/>			ACT <input type="checkbox"/>			ROTABLATOR <input type="checkbox"/>				Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>							
PRE-PROCEDURE				PER-PROCEDURE						POST-PROCEDURE									
Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>		Vérifications SAS d'accueil :		oui		non		 Retour Service à :		h							
EVA :				Concordance Patient/Etiquettes		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		EVA :									
Allergies: Iode <input type="checkbox"/>		autres <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		ECG		<input type="checkbox"/>							
Informations au patient		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Patient A jeun :		<input type="checkbox"/>		Lit Strict =>		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>					
Consentements signés:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Perméabilité de la perfusion :		<input type="checkbox"/>		Monitoring		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>					
Dossier médical :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/>		ARD <input type="checkbox"/>		AFG <input type="checkbox"/>		AFD <input type="checkbox"/>		Douleurs thoraciques :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Bilan sanguin :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Injections réalisées:				Perfusion		<input type="checkbox"/>		A déperfusion		<input type="checkbox"/>			
Étiquettes patient:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Isoptine .....mg		Atropine .....mg		Surveillance à distance :									
Douche :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Risordan .....mg		Anti Gp2b3a: .....mg		Surveillance Abord art.:		Radial		Fémoral					
Dépilation:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Héparine .....ui		PSE .....ml/h		Desserré H+2 :		<input type="checkbox"/>		X					
Patient A Jeun :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Aspégic .....mg		Gélofusine .....ml		Ablation H+12		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Bracelet/identité :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Oxygène l/min		Furosémide .....mg		Ablation H+24		X		<input type="checkbox"/>					
EmlaPatch(radiale):		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Conclusions :				Douleurs thoraciques :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>					
Perfusion +						ACT=> Ballons <input type="checkbox"/>		Stent(s) actif <input type="checkbox"/>		Hydratation/ boisson		<input type="checkbox"/>		++					
Prolongateur 2m:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Réseau ==> TC <input type="checkbox"/>		IVA <input type="checkbox"/>		CX <input type="checkbox"/>		CD <input type="checkbox"/>		Oxygénothérapie		<input type="checkbox"/>		l/min	
Absence de bijoux:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Reprise en ACT le :				ECG de sortie :		<input type="checkbox"/>							
App. Dentaire(s):		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Antiagregants Plaquettaires administrés :				Sortie prévue le				à h					
Anxiété:		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		Plavix mg <input type="checkbox"/>		Efient mg <input type="checkbox"/>		Signature Prescripteur :									
Médications pré-examen :						Brilique mg <input type="checkbox"/>		Autres mg <input type="checkbox"/>											
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg		Fermeture :													
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg		Compressive <input type="checkbox"/>		Angioseal <input type="checkbox"/>											
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg		EVA :													
Nom/signature de l'IDE :				Nom/signature de l'IDE :						Nom/signature de l'IDE :									

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Un indicateur important:

LA DOULEUR

Appréciable par l'**EVA** (**E**chelle **V**isuelle **A**nalogique)
Ou l'Évaluation Verbale

Pendant toute la durée de la procédure

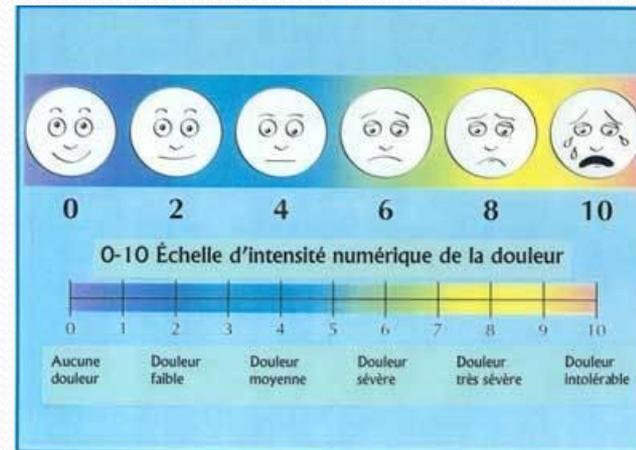
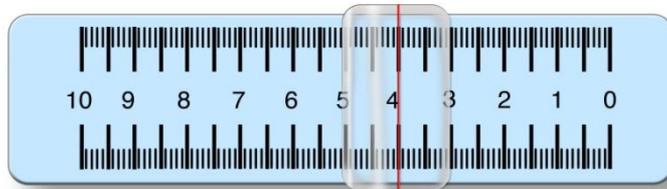
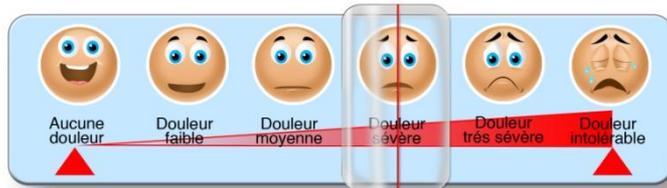
FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Identité Visuelle de l'Etablissement		FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE										IDENTITE PATIENT														
		SERVICE <===> CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE										ou ETIQUETTE avec IEP														
Date : / /		CORO <input type="checkbox"/>			ACT <input type="checkbox"/>			ROTABLATOR <input type="checkbox"/>				Pr C..... <input type="checkbox"/> Dr P..... <input type="checkbox"/>														
Service :		PRE-PROCEDURE					PER-PROCEDURE					POST-PROCEDURE														
Urgence: <input type="checkbox"/>		Programmée: <input type="checkbox"/>					Vérifications SAS d'accueil :					Retour Service à : h														
EVA :							Concordance Patient/Etiquettes					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non														
Allergies: Iode <input type="checkbox"/>		autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Patient A jeun :					ECG <input type="checkbox"/>														
Informations au patient		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Perméabilité de la perfusion :					Lit Strict => oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>														
Consentements signés:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Voie d'Abord : ARG <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> AFG <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/>					Monitoring					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>									
Dossier médical :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Injections réalisées:					Douleurs thoraciques :					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>									
Bilan sanguin :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Isoptine .....mg					Atropine .....mg					Perfusion <input type="checkbox"/> A déperfusion <input type="checkbox"/>									
Etiquettes patient:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Risordan .....mg					Anti Gp2b3a: .....mg					Surveillance à distance :									
Douche :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Héparine .....ui					PSE .....ml/h					Surveillance Abord art.: Radial Fémoral									
Dépilation:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Aspégic .....mg					Gélofusine .....ml					Desserré H+2 : <input type="checkbox"/> X									
Patient A Jeun :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Oxygène l/min					Furosémide .....mg					Ablation H+12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Bracelet/identité :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Conclusions :					ACT=> Ballons <input type="checkbox"/> Stent(s) actif <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/>					Ablation H+24 X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
EmlaPatch(radiale):		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Réseau ==> TC <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>					Reprise en ACT le :					Douleurs thoraciques :					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Perfusion +							Antiagregants Plaquettaires administrés :					Hydratation/ boisson					<input type="checkbox"/> ++									
Prolongateur 2m:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Plavix mg <input type="checkbox"/> Efient mg <input type="checkbox"/>					Oxygénothérapie					<input type="checkbox"/> l/min									
Absence de bijoux:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Brilique mg <input type="checkbox"/> Autres mg <input type="checkbox"/>					ECG de sortie :					<input type="checkbox"/>									
App. Dentaire(s):		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Fermeture :					Sortie prévue le à h														
Anxiété:		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					Compressive <input type="checkbox"/> Angioseal <input type="checkbox"/>					Signature Prescripteur :														
Médications pré-examen :							EVA :																			
HBPM ui		Plavix mg		Atarax mg																						
Héparine ui		Efient mg		Morphine mg																						
Aspégic mg		O2= l/min		Nubain mg																						
Nom/signature de l'IDE :							Nom/signature de l'IDE :										Nom/signature de l'IDE :									

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

≠ techniques d'évaluation

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE



FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

CONCLUSION:

Mise en place longue et chronophage
Nécessité d'une implication de l'ensemble des acteurs de soins

A court terme:

Bonne utilisation du support
Moins de confusion dans les informations

SECURITE ACCRUE POUR LE PATIENT

FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

● REMERCIEMENTS:

- Tout le personnel paramédical des services impliqués
- Le personnel médical:
 - Professeur Gilles CELLARIER médecin en chef et médecin chef du service de cardiologie de l'hôpital Sainte-Anne à Toulon.
 - Docteur Raphaël POYET médecin en chef et coronarographe au sein de ce même service de cardiologie interventionnelle pour son soutien.
 - Docteur Jacques BALLOUT chef de service des soins intensifs et du service de coronarographie de l'hôpital Bérégovoy à Nevers .
 - Docteur Alexis Al KARAKY et le Docteur Joseph SADER pour leur soutien et leur disponibilité.