



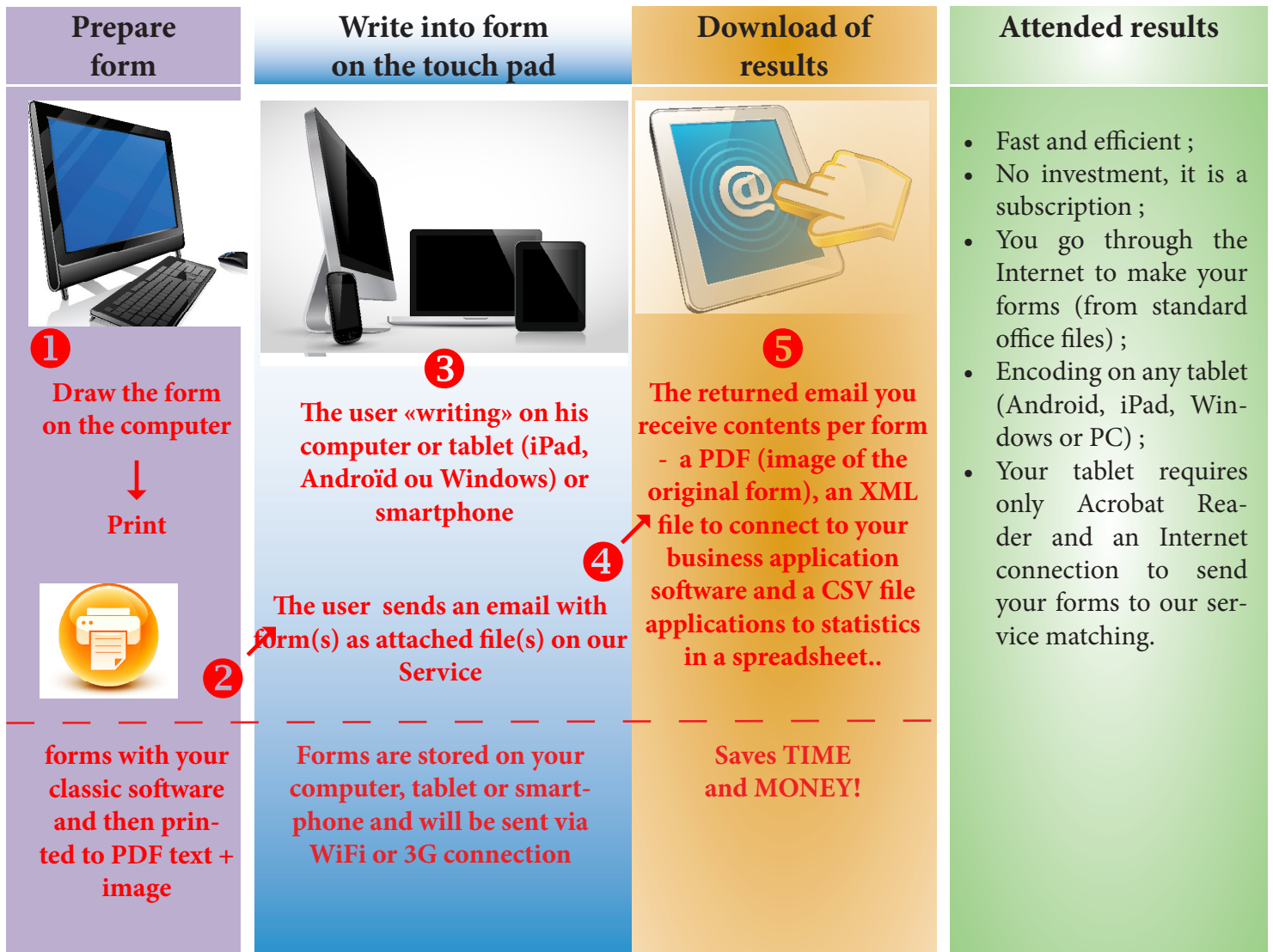
# Data Capture form for touch pads

## Your needs :

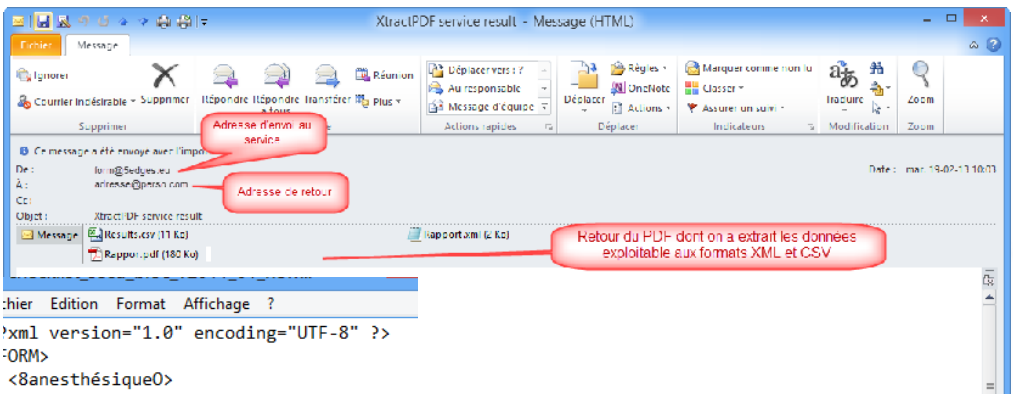
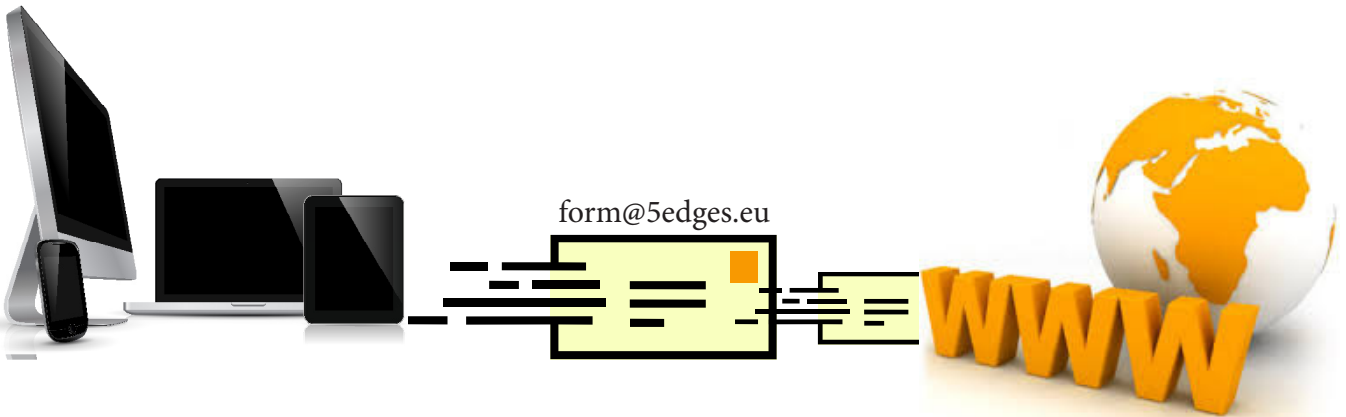
- You are not familiar with your website and you find it difficult to create an online form;
- You need a form readily available on your tablet (Android, iPad, Windows) to fill in database, an Excel or other spreadsheet without re-encoding;;
- You're mixing a paper on electromagnetic encoding tablet with an electronic tablet;
- You want to keep a PDF proof of your completed forms;
- You have to carry out a campaign of data entry in the field; etc.

## Our solution :

- You send your draft form by email to our attention or any of our proximity partners;
- We convert your Word, Excel, PDF fillable form;
- You send your completed forms to our form@5edges.eu Service;
- You receive - in return - 1 PDF (original) file, one XML file (for data entry in your business application) and for the case of random or viewing one CSV file that increments with each new form sent to the Service.
- Etc.



# How does it work ?



```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" ?>
<FORM>
<8anesthésique0>
  Yes
</8anesthésique0>
<7identite0>
  Yes
</7identite0>
<7site0>
  Yes
</7site0>
<anesthesiste_intervenant>
  system.Collections.ArrayList
</anesthesiste_intervenant>
<salle>
  3
</salle>
<10etiquetagen>
  Yes
</10etiquetagen>
<7documentsN>
  Yes
</7documentsN>
<2bn>
  
```

Identification du patient  
 Laurent Delcompenne 15/06/95  
 Nom, prénom, date de naissance

## CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01

HAS  
 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Bloc : \_\_\_\_\_ Salle : \_\_\_\_\_  
 Date d'intervention : \_\_\_\_\_ Heure (début) : \_\_\_\_\_  
 Chirurgien « intervention » : Pascal Dupont  
 Anesthésiste « intervention » : Pascal Dupont  
 Coordinateur(s) check-list : Pascal Dupont

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	APRÈS INTERVENTION Passé avant sortie de salle d'opération
<p>1 L'identité du patient est correcte : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p> <p>2 L'intervention et site opératoire sont confirmés :            • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p> <p>3 La documentation clinique et para-clinique nécessaire est disponible en salle <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p> <p>4 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p> <p>5 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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p> <p>6 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements :            • pour la partie chirurgicale <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p>	<p>7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence de chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – BOBE / DE :            • identité patient confirmée <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" 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 (Time out) :            • sur le plan chirurgical <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p> <p>9 L'anfibioxyllaxie 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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p>	<p>10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :            • de l'intervention enregistrée, <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p>
<p>6 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates :            Le patient présente-t-il un :            • risque allergique <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui*</p>	<p>9 L'anfibioxyllaxie 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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non*</p>	<p>DÉCISION CONCRÉTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *            Non*</p>
<p>• risque d'intubation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Oui*</p> <p>• risque de saignement important <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui*</p>	<p>ENVOYER</p>	<p>SILON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT            Attention que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe            Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordinateur CL            X Y Z</p>

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU(DS) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLE(S) 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 CONCERNÉE 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.

