



## Liste de contrôle pour la visite préliminaire du site conduisant une mission chirurgicale

La liste de contrôle suivante décrit les exigences du Protocole de sécurité et de qualité de Smile Train et les partenaires qui organisent ces programmes doivent s'assurer que toutes les dispositions de ce protocole sont respectées avant que les missions chirurgicales ne commencent aux hôpitaux/établissements qui conduisent ces programmes. Cette liste de contrôle doit être remplie par les partenaires et partagée avec le personnel de Smile Train qui supervise le partenariat avant le début des missions chirurgicales prévues. Si certains des équipements, consommables et infrastructures médicaux requis ne sont pas disponibles dans un hôpital, le partenaire est responsable de s'assurer que ces articles soient disponibles ***avant le début de la mission chirurgicale.***

**Hôpital conduisant la mission chirurgicale :**

**Partenaire de Smile Train :**

Exigences s'appliquant à l'hôpital conduisant la mission chirurgicale :

### Partie 1: Configuration des installations

Cocher Oui ou Non	Est-ce que le centre conduisant la mission chirurgicale dispose de :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentation électrique continue par réseau électrique ou générateur de secours ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oxygène et protoxyde d'azote portables et fiables pour toutes les zones de soins périopératoires (bloc opératoire (BO), Salle de Réveil (SR) et division commune) ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Au moins un BO avec les équipements suivants pendant la durée de la mission : <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 table opératoire</li><li>• Nombre adéquat de lampes de BO disponibles (il est préférable d'en avoir au moins une fixée au plafond)</li><li>• Un réfrigérateur dans le complexe du BO</li></ul>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A accès à du sang ? <ul style="list-style-type: none"><li>• Si non, à quelle distance se trouve la banque de sang de l'hôpital ? Veuillez indiquer la distance en kilomètres et le temps nécessaire pour accéder au sang.</li></ul>

Si vous avez répondu « Non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir plus d'informations :

<b>Cocher Oui ou Non</b>	<b>Est-ce que le centre conduisant la mission chirurgicale dispose de :</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Stérilisation en autoclave pour l'équipement ? (Une stérilisation moderne à l'air chaud ou un désinfectant tel que Cidex peut également être utilisé si un autoclave n'est pas disponible).
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Services de laboratoire et de radiologie pour les évaluations préopératoires ?

## Partie II. Équipement et consommables de bloc opératoire

<b>Cocher Oui ou Non</b>	<b>Est-ce que le centre conduisant la mission chirurgicale dispose de :</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Machine d'aspiration fonctionnelle à chaque table d'opération et dans la Salle de Réveil ? Au minimum, deux machines d'aspiration fonctionnelles avec des canules d'aspiration jetables doivent être disponibles.
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vaporisateur pour anesthésies générales (un pour chaque table du BO) ? <i>Si un médecin anesthésiste n'est pas inclus dans l'équipe de la visite préliminaire du site de la mission, une photographie de l'appareil d'anesthésie doit être prise pendant la visite et envoyée au médecin anesthésiste du partenaire pour s'assurer qu'un vaporisateur correspondant peut être obtenu.</i>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Machines d'électrocautérisation (une pour chaque table, avec des fils jetables) ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Défibrillateur avec palettes pédiatriques ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oxymètre de pouls ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tensiomètre(s) non invasif(s) avec manchette(s) de taille appropriée ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Approvisionnement adéquat en masques faciaux, circuits d'anesthésie, lames de laryngoscope et sondes endotrachéales disponibles dans un assortiment de tailles ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Masque réanimateur avec ballon autogonflant ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Masque laryngé (ML) des voies respiratoires avec assortiment de tailles ?

Si vous avez répondu « Non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir plus d'informations :

## Partie III. Consommables

<b>Cocher Oui ou Non</b>	<b>Est-ce que le centre conduisant la mission chirurgicale dispose de :</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	De quantités suffisantes de sutures, de blouses chirurgicales, de champs chirurgicaux, de pièces de gaze stérilisées, de gants stériles jetables et de gants propres (non stériles) à utiliser pendant l'aspiration ou pour installer une perfusion ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cathéters de perfusion de toutes tailles et de tous matériaux nécessaires pour établir un accès par perfusion ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Bande ou pansements occlusifs ?

<b>Cocher Oui ou Non</b>	<b>Est-ce que le centre conduisant la mission chirurgicale dispose de :</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Solutions isotoniques pour perfusions ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ensembles de burettes de perfusion pour les petits patients ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ensembles de perfusion réguliers ? Ensembles pour administration de sang par perfusion ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Kit de cathéters veineux centraux uniquement, un ou deux ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Kit(s) de ligne artérielle uniquement, un ou deux ?

Si vous avez répondu « Non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir plus d'informations :

#### Partie IV. Environnement postopératoire sûr

<b>Cocher Oui ou Non</b>	<b>Est-ce que le centre conduisant la mission chirurgicale :</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Respecte les exigences en matière de dotation et de surveillance exigées par Smile Train à la SR et au service postopératoire ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A une SR située près du bloc opératoire et dotée de professionnels de la santé expérimentés, formés à la gestion et à la surveillance des voies respiratoires ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A mis en place des directives pour transférer en toute sécurité les patients du bloc opératoire à la SR ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A une modalité de contrôle de la température dans la SR (par ex., des couvertures préchauffées ou des dispositifs de chauffage pour patients) ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A un document que les médecins anesthésistes remettent au personnel du service pour leur communiquer les plans de prise en charge des patients ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A des membres du personnel désignés du service qui surveillent régulièrement les patients pendant la nuit ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dispose d'un chariot de secours accessible à la SR, à la division commune et à l'USI (si en interne) avec tout le matériel d'urgence et de réanimation, y compris les médicaments et l'équipement nécessaires pour la défibrillation, l'intubation, les médicaments intraveineux et le passage des lignes centrales ? Les matériaux sont-ils régulièrement réapprovisionnés après utilisation ? Veuillez vous référer à l'audit de sécurité pour les partenaires existants concernant tous les consommables/équipements obligatoires pour les chariots de secours (p. 16-18).

Si vous avez répondu « Non » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir plus d'informations :

<b>Cocher Oui ou Non</b>	<b>Est-ce que le centre de traitement :</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A des capacités internes de soins de grande dépendance (USI) sur place ?

## Partie V. Dispositions relatives aux soins de grande dépendance

<b>Cocher Oui ou Non</b>	<b>Est-ce que le centre de traitement :</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sinon, a-t-il un accord de transfert avec un établissement de santé à proximité pour les patients parrainés par Smile Train ?

« (Nom de la personne effectuant la visite préliminaire de mission chirurgicale) » au nom de « (partenaire de Smile Train) » a visité l'hôpital conduisant des missions chirurgicales et a déterminé que les programmes qui auront lieu dans cet établissement répondent aux normes requises pour la prestation d'une chirurgie sûre et de soins d'anesthésie décrits dans le Protocole de sécurité et de qualité. Si certains équipements, consommables et infrastructures médicaux ne sont pas disponibles à l'hôpital, le partenaire est responsable de s'assurer que ces articles soient disponibles avant le début de la mission chirurgicale.

---

Signature du représentant du partenaire de Smile Train

---

Date de l'audit

---

Signature du gestionnaire de Smile Train

---

Date