

- Annexe IV : Check-list d'ouverture de salle d'anesthésie -

CONTROLE FERMETURE		OUVERTURE		VERIFICATION DE L'APPAREIL D'ANESTHESIE	
le : _____ à : _____		DATE : _____		Signature de l'anesthésiste responsable : _____	
par : _____		Réalise par : _____			
APPAREIL D'ANESTHESIE - ACCESSOIRES : complètes - O2 et ELECTRICITE : débranchés - Evaluation Des Gaz : alarme de débanchement fonctionnelle - ASPIRATION : matériel présent fonctionnelle - CIRCUIT D'INDUCTION : complet - INSUFFLATEUR MANUEL : présent - PLATEAU D'INTUBATION : complet fonctionnel		0 Alimentation en gaz MELANGEUR : Ouvrir les 3 robinets : Commutateur AIR/N2O fonctionnel SECURITE HYDROLOGIE : couper O2 coupeure N2O fonctionnel O2 RAPIDE : fonctionnel FERMER LES ROBINETS !		PRESSIONS : O2 N2O AIR Vide	
MONITORAGE - ACCESSOIRES (cordon ECG, PB, Temp, SpO2, Press) : présents - STIMULATEUR EXTERNE : mis en route fonctionnel		I Etalonnage spirométrie II Etalonnage capteur O2 III RESPIRATEUR : Auto-test : <input type="checkbox"/> Fuite VC : <input type="checkbox"/> Message particuliers : _____ Pression de travail : _____ Réglage surpression : _____ vérifiés		Dräger CATO 900 AR : Automatique état : 21% débit : 100% OK	
MEDICAMENTS - ANESTHESIE : complètes - URGENCE : complètes - SOLUTES : complètes - POUSSE-SERINGUE : présent en charge		PRODUITS MANQUANT : _____ IV Ouvre sodée (test réussi si val affichées = val de réglage + ou - 10%)		Siemens 900 O Solo O Press val : 100%	
MATÉRIEL - ACCELERATEUR de transfusion : présent - MATÉRIEL COURANT : complet - MATÉRIEL HEMODYNAMIQUE : complet		VI vérif. alarmes presser ballon : P max : _____ débancher ballon : Ve min : _____		(test réussi si val affichées = val de réglage + ou - 10%)	
PROTECTION THERMIQUE - MATELAS à eau + moteur : présents - COUVERTURES Isothermes : présentes		reglages I/E = 1/2 (1-25%) Vt = 0.5 l FR = 14 Vd = 7.0 l/min PEEP = 0		valeurs affichées Vt = _____ l FR = _____ Vd = _____ l/min PEEP = _____ mmHg	
MATÉRIEL COMMUN - DEFIBRILLATEUR : test énergie - DECONGELATEUR A PLASMA : T° > 35°C - WARMER : présent - CELL-SAVER : matériel complet		Observations : _____ FERMETURE Point à contrôler : _____ Contrôle sans objet : _____ OUVERTURE Point à contrôler tous les matins : _____ Point à contrôler si le contrôle de fermeture date de plus de 24 heures : _____		PATIENT 1 NOM : _____ PRENOM : _____ intervention prévue : _____ Vérifié par : _____ à _____	

