

Optimisation du circuit des dispositifs médicaux à stériliser en prêt au sein d'un établissement de l'Océan Indien

Bouton J¹ ; Riva Cambrin H¹ ; Diblar D¹ ; Faber M¹

1: Service pharmacie, Centre Hospitalier Gabriel Martin, Saint Paul, La Réunion



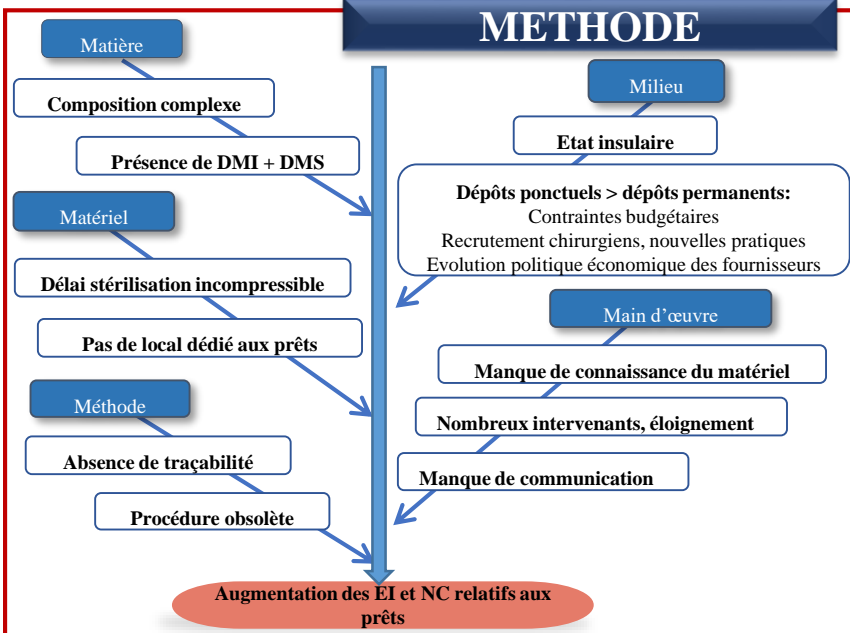
INTRODUCTION

Problématique : augmentation des déclarations d'évènements indésirables et non-conformités liés à un défaut du circuit de matériel prêté au CHGM pour des besoins ponctuels et urgents.

Objectif : diminuer les retards ou défauts de prise en charge du patient :

- Analyse des causes
- Révision de la procédure

METHODE



RESULTATS

Fiche de suivi des ancillaires et DMI empruntés par le CHGM – Version 2

Contact : Bloc opératoire 0262453030 - Poste 6113 (cadre de santé) ou 6037 (IDE régulation)
Pharmacie : 0262453093

1. DEMANDE D'EMPRUNT

Date : _____
Nom du chirurgien demandeur : _____
Nom du laboratoire fournisseur : _____
Dénomination du matériel : _____
Date prévue d'intervention : _____

Exigences spécifiées :
 Aucune Présentation aux services bloc et stérilisation
 Documentation¹ Présence fournisseur pendant l'intervention
 Présence de DMI² : Oui Non

1. La documentation comprend : technique opératoire / procédure de nettoyage, démontage, et stérilisation / listing composition par boîte / photos
2. Le listing des DMI stériles comprend : DLU, IOT, LFP, prix, fiche technique

2. REPONSE FOURNISSEUR

Dénomination du matériel : _____ Nom : _____
 Téléphone : _____
 Date de mise à disposition du matériel : _____ Signature : _____
 Livraison souhaitée 48h jours ouvrés avant l'intervention
 Réponse aux exigences spécifiées : Oui Non Non concerné
 Date de retour souhaitée : _____
A ENVOYER A LA PHARMACIE (email : secretariat.pharmacie@ch-gmartin.fr)

3. RECEPTION PHARMACIE

Date de réception ancillaires : _____ Date réception DMI : _____
 Nombre de boîte ancillaire : _____ Conformité livraison : Oui Non
 Présence d'une fiche navette établissement : Oui Non
 Information stérilisation : Oui Non
 Manquants : Oui Non (Cf bon de livraison)
 Nom et signature logisticien : _____

4. DEPART BLOC OPERATOIRE

Date : _____ Nom et signature agent du bloc : _____

5. RECEPTION BLOC OPERATOIRE

Conformité liste des ancillaires : Oui Non
 Conformité liste des DMI : Oui Non Non concerné
 Nom et signature de l'IBODE : _____

6. REPRISE FOURNISSEUR

Date de reprise : _____
 Nom et signature : _____

Remise à la pharmacie du matériel prêté et DMI non posés la veille du retour fournisseur souhaité

DISCUSSION

Le bon matériel au bon moment

La procédure autorise le fournisseur à remplir les étapes 1 et 2, après avoir été contacté directement par le chirurgien: l'absence d'intermédiaire garantit la bonne compréhension des exigences et contraintes liées au prêt

Tous les intervenants informés

Le fournisseur renvoie le formulaire à une adresse unique, toujours opérationnelle : secrétariat pharmacie, qui transmet à l'ensemble des interlocuteurs via un groupe de diffusion

Une demande validée

Le pharmacien vérifie que la stérilisation a tous les éléments pour prendre en charge ce matériel dans les délais impartis : il transmet son accord au chirurgien et au fournisseur

Toutes les étapes tracées

Traçabilité de la réception pharmacie, départ bloc, réception bloc et reprise par le fournisseur sur le même document

CONCLUSION

