

Liste de vérification de la sécurité avant/après une simulation in situ

Veuillez remplir cette section avant la simulation		
Besoins en personnel : L'objectif est de minimiser l'incidence sur la dotation en personnel.		
Les soins aux patients et le fonctionnement de l'unité ont été pris en compte et des membres désignés du personnel peuvent participer à la simulation de : à : .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Charge clinique/acuité : L'objectif est de minimiser l'incidence sur le recensement des patients.		
Le volume et l'acuité des patients actuels et en attente ont été pris en compte et il a été décidé de poursuivre la simulation.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Modèles de déroulement : L'objectif est de minimiser l'incidence sur les transitions de soins.		
La simulation est organisée pendant les périodes de transition [changements de quart ou transfert] et, en tenant compte de toutes les disciplines et de tous les services concernés, il a été décidé de poursuivre la simulation.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Besoins en équipement : L'objectif est de minimiser l'incidence de l'utilisation des ressources de l'unité et des ressources factices		
Si les ressources de l'unité doivent être utilisées, on a convenu d'un plan de secours au cas où ces ressources seraient nécessaires et on l'a communiqué aux personnes éventuellement concernées.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Si des ressources factices sont apportées à l'unité, elles sont clairement étiquetées [p. ex. « <i>Non destiné à l'usage humain</i> »] et sont comptabilisées. Voir au verso.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Sécurité psychologique/Événements imprévus : Le but est de contribuer à la sécurité psychologique.		
Des efforts ont été entrepris pour contribuer à la sécurité psychologique, à la confidentialité et à l'orientation des participants quant à la logistique de la simulation.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Des lieux sont prévus et disponibles pour un débriefage confidentiel. Lieu principal : _____ Lieu auxiliaire : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Des efforts ont été et seront entrepris avant et pendant l'événement pour informer toutes les parties concernées qu'une simulation a lieu.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Un événement marquant s'est produit récemment, ou se produit actuellement dans le département, et il a été décidé de poursuivre la simulation.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Contrôle des infections : L'objectif est de prévenir la propagation des infections pendant le transfert de l'équipement.		
Les protocoles organisationnels de contrôle des infections seront suivis avant de débiter la simulation et pendant le transfert de l'équipement dans le milieu clinique.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Confidentialité et enregistrement : L'objectif est d'assurer la confidentialité des enregistrements vidéo.		
En cas d'enregistrement vidéo, des accords organisationnels de confidentialité/d'enregistrement ont été signés par les participants.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
En cas d'enregistrement vidéo, une politique organisationnelle de confidentialité sera appliquée afin d'éviter l'enregistrement accidentel de personnes à proximité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
Lieu de la simulation :	Date :	Numéro de séance :
Membre de l'équipe de simulation :	Chef d'unité ou délégué(e) :	<input type="checkbox"/> Approbation <input type="checkbox"/> Rejet
S'il a été décidé de ne pas effectuer la simulation, veuillez en préciser la raison :		
Voir au verso les listes de vérification postsimulation et le tableau des ressources.		

Liste de vérification de la sécurité avant/après une simulation in situ

Veuillez remplir cette section après la simulation.	
Les menaces latentes pour la sécurité qui ont été relevées seront communiquées et signalées conformément au protocole organisationnel. [PSLS]. Personne responsable : _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O
Si des ressources factices ont été apportées à l'unité, ces ressources ont été comptabilisées. Voir ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O
Des efforts ont été et seront entrepris pour informer toutes les parties éventuellement concernées que la simulation est terminée.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une attention particulière a été accordée au nettoyage et, le cas échéant, au respect des protocoles organisationnels de contrôle des infections.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Membre de l'équipe de simulation :	Chef d'unité ou délégué(e) :

Veuillez étiqueter les ressources factices qui sont apportées à l'unité. Les autocollants « Non destiné à l'usage humain » peuvent être téléchargés sur le site de la FOUNDATION FOR HEALTHCARE SIMULATION SAFETY.

Veuillez utiliser ce tableau pour comptabiliser les ressources [équipement, intraveineuses, médicaments] qui ont été apportées dans l'unité pour servir à la simulation.	
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après
	<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Après

Références

- Bajaj *et al.*, "No-Go Considerations" for In Situ Simulation Safety, *Simul Healthc*, 2018; 13 : 221-224.
- FOUNDATION FOR HEALTHCARE SIMULATION SAFETY
- Association for Simulated Practice in Healthcare, SIMULATION-BASED EDUCATION IN HEALTHCARE STANDARDS FRAMEWORK AND GUIDANCE, 2016.

Traduit par Excellence en santé Canada



Excellence en santé Canada est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.