



Capture de données de formulaire pour tablettes tactiles

Vos besoins :

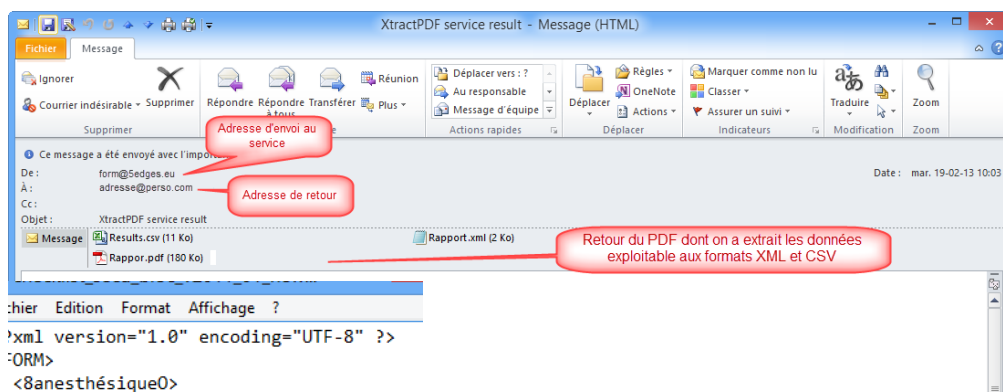
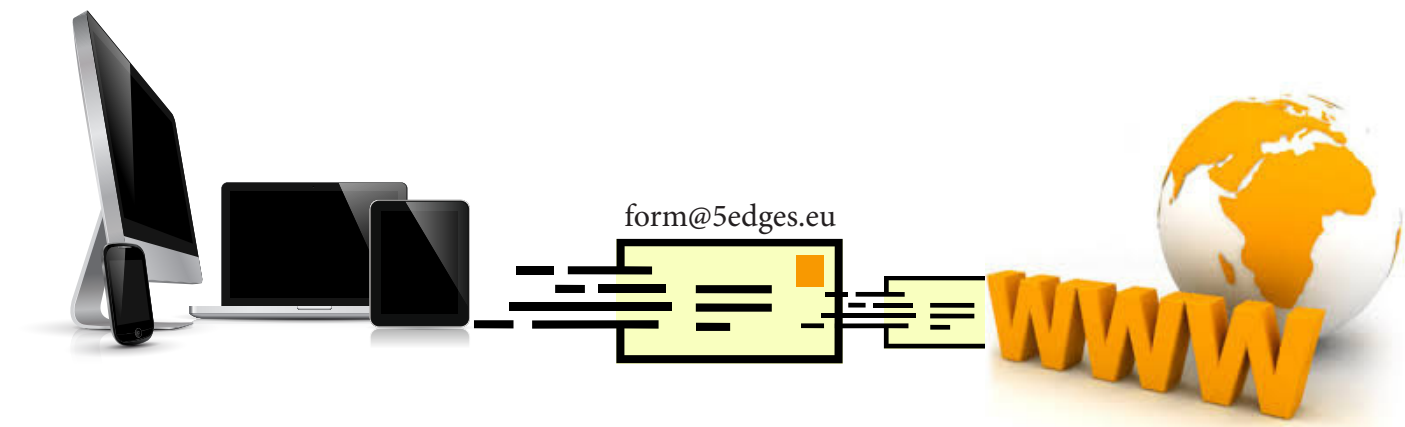
- Vous ne maîtrisez pas bien votre site Internet et il vous est difficile de créer un formulaire en ligne;
- Vous avez besoin d'un formulaire rapidement utilisable sur votre tablette (Androïd, iPad, Windows) pour alimenter sans réencodage une base de données, un tableau Excel ou autre;
- Vous souhaitez mixer un encodage papier sur tablette électromagnétique avec une version électronique sur tablette;
- Vous souhaitez conserver une preuve PDF de vos formulaires remplis;
- Vous avez à réaliser une campagne de saisie de données sur le terrain; etc.

Notre solution :

- Vous adressez votre projet de formulaire par email à notre attention ou à l'un de nos partenaires de proximité;
- Nous transformons votre Word, Excel, PDF en un formulaire remplissable;
- Vous envoyez vos formulaires remplis à notre service form@5edges.eu;
- Vous recevez - au retour - 1 fichier PDF (l'original), 1 fichier XML (pour introduction des données dans votre application métier) et pour les cas de statistique ou de visualisation 1 fichier CSV qui s'incrémente à chaque nouveau formulaire envoyé au Service.
- Etc.



Comment ça marche ?



```

<?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 Delcointe 15/06/95
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011-01

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Identité visuelle
de l'établissement

Bloc : _____ Salle : _____
Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____
Chirurgien « intervenant » : Pascal Dupont
Anesthésiste « intervenant » : Pascal Dupont
Coordonnateur(s) check-list : Pascal Dupont

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	
1 L'identité du patient est correcte :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*
3 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*
4 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*
5 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnement : • pour la partie chirurgicale • pour la partie anesthésique Acte sans précaution anesthésique	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non*
6 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : • risque allergique • risque d'insufflation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque • risque de saignement important	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui* <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Oui* <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	
7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) - anesthésiste(s) / IADE - BOBIE / IGE • identité patient confirmée • intervention prévue confirmée • site opératoire confirmé • installation correcte confirmée • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A
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 (temps opératoire d'efficacité, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) • sur le plan anesthésique Acte sans précaution anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non*
9 L'anfibiotrophylaxie 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* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non*
ENVOYER	

APRÈS INTERVENTION Passer avant sortie de salle d'opération	
10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée, • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc., • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc., • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cocher N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A
11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont : • à jour de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non* <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCRÉTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UNE *	
Non	
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 Coordonnateur CL	
X	Y Z

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) 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



CONNECTORG.I.E. - Parc Crealy - Atrium - rue Camille Hubert, 2 BE-5032 ISNES
info@5edges.eu