

## DÉCLARATION ET ANALYSE D'ÉVÉNEMENT NUMÉRO 272475

### Nom de l'événement

mauvaise coordination lors d'un acte de radiologie interventionnelle

**Eta** accepté

**Motivation de la** Bonne analyse de l'EIAS et de ses causes; barrières mise en place

**Spécialit** Radiologie et Imagerie médicale

**Champ** Radiologie interventionnelle

**Mode d'exercice de l'** Libéral

### Expert : synthèse

L'acte de radiologie interventionnelle comporte un premier temps avec la mise en place d'un cathéter dans l'artère thrombosée; le second temps comprend une fibrinolyse in situ. Cette dernière nécessite un branchement sur le cathéter artériel. Or la seringue a été branchée en intraveineux. Perte de temps pour le patient. Défaut de coordination entre le bloc de radiologie interventionnelle et la salle de soins de suite post-interventionnelle où la seringue a été connectée.

### Médecin : Que s'est-il passé ?

lors de la mise en place d'un protocole de thrombolyse intraartérielle in situ pour ischémie aigue , le pousse seringue de thrombolytique a été branché en intraveineux par l'infirmière du soin continu et non sur le cathéter intraartériel , rendant la procédure inefficace.  
procédure prescrite oralement par le radiologue opérateur , écrit sur un papier qui a du se perdre ; pas de prescription possible dans le logiciel clinique DX Care qui déploie un plan de soin  
conséquence : retard d'initiation du traitement , le temps que le médecin se rende compte de l'anomalie  
cause : impossibilité de rentrer la prescription dans dx care  
pourquoi : prescription hors amm , peu de biblio, refus de la pharmacienne , frilosité des anesthésistes et des cardiologues qui ne connaissent pas le sujet  
actions correctrices : la pharmacienne nous impose de présenter le protocole en cme et de le faire valider ; il y a donc eu présentation de la prise en charge de l'ischémie aigue en cme qui a permit de valider le protocole  
épilogue : mise en place par l'informaticien et le pharmacien du protocole de thrombolyse in situ avec les doses précise , dilution débits volume du pousse seringue et le branchement intra artériel , les traitements antidouleurs, les critères d'arrêt  
cela à pris 6 mois , de nombreux échanges de mail , une réunion , mais tout le monde a gagné en sécurité

### SITUATION À RISQUE

L'évènement déclaré correspond t-il à une situation à non

Situation à

### INFORMATION SUR LE PATIENT

**Sexe** masculin **Age** 75 an(s) **Taill** 165 cm **Poid** 66 kg

**Diagnostic principal de prise en** I743 Embolie et thrombose des artères des membres inférieurs

**Si le diagnostic est non**

**Avant la survenue de l'événement indésirable, quelle était la complexité de la situation** Non complexe

**Le cas échéant, quel était le score de gravité**



**Causes liées à l'** non  
**Causes liées à l'environnement de** non  
**Causes liées à l'organisation et au** oui  
Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement  
**Commentaire** rigidité du logiciel de prescription

**Causes liées au contexte** non

**Expliquez vos choix de causes profondes**

### **BARRIÈRES DE L'ÉVÉNEMENT**

**Avez-vous identifié les barrières qui n'ont pas** non

**Avez-vous identifié les barrières qui ont permis d'arrêter l'événement avant qu'il ne devienne encore plus grave ?** oui

suivre personnellement les patient et s'assurer de tous les détails de la prise en charge ; éviter de déléguer

### **ANALYSE APPROFONDIE**

#### **MEASURES DE SUIVI**

**Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet** évitable

**Quelles actions avez-vous mises en place dans votre pratique et dans l'organisation depuis la survenue de cet événement ?** oui

prescription par protocole élaboré dans le logiciel patient de la clinique

faire les branchements en salle de cathéter et ne pas déléguer

**Existe-il, à votre connaissance, une recommandation ou une solution de sécurité utile à mettre en œuvre dans les circonstances de cet événement ?** ne sais pas

#### **COMMUNICATION**

**Cet événement a-t-il fait l'objet d'une information/communication ?**

**Au sein de l'** oui

**En RMM ?** non

**Au sein de l'** oui

**A l'ARS ?** non

**A d'autres** non

**Le patient ou son entourage ont-ils été informés de la survenue de cet** oui

**Mot-clé** Cause im. princ. GESTE TECHNIQUE - geste technique (de chirurgie ou d'anesthésie, mauvaise réalisation, complications du geste, etc.)

**Mot-clé** Conseq. princ. ORGANISATIONNELLE : retard ou report de l'intervention, désorganisation du service, etc

**Mot-clé spécialité**

**Autre mot-** défaut coordination

**Recommandation de communication de l'événement**

**DÉCISION DE L'EXPERT**

**Médecin : Commentaire**

ci joint le protocole dans dx care pour illustration