

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE
ANESTHESISTES

A retourner signé en même temps et en complément du questionnaire général

DETAILS SUR VOTRE SPECIALITE				Nbre / an
Pratiquez-vous les :	Anesthésies générales ?	OUI	NON	
	Anesthésies loco-régionales (ALR) ?	OUI	NON	
	Anesthésies péridurales pour l'accouchement ?	OUI	NON	
	Anesthésies simultanées sans la présence continue d'une infirmière anesthésiste ?	OUI	NON	
Où effectuez-vous les anesthésies :	Clinique privée ?	OUI	NON	
	Hôpital ?	OUI	NON	
	Autres ? Précisez :			

ACCREDITATION		
L(es) établissement(s) dans le(s)quel(s) vous intervenez est(sont) il(s) accrédité(s) ? Si oui, depuis quand ? : ____/____/____	OUI	NON
L(es) établissement(s) dans le(s)quel(s) vous intervenez est(sont) il(s) en cours d'accréditation ? Si oui, date prévue de la visite d'accréditation : ____/____/____	OUI	NON

DETAILS SUR LES PROCEDURES		
Pratiquez-vous systématiquement l'anesthésie avec feuille d'anesthésie et feuille de surveillance au réveil ?	OUI	NON
Existe-t-il dans chaque cas un dossier transfusionnel ?	OUI	NON
La traçabilité des produits sanguins labiles est-elle systématiquement assurée ?	OUI	NON
Le règlement intérieur du fonctionnement du Service d'anesthésie a-t-il été rédigé ?	OUI	NON
Des protocoles écrits concernant les soins post-opératoires existent-ils systématiquement ?	OUI	NON
La transmission des prescriptions médicales se fait-elle systématiquement par écrit ?	OUI	NON
Vos patients et/ou leurs familles sont-ils tous informés par écrit, par vous même ou l'établissement dans lequel vous exercez, des risques encourus du fait des interventions proposées ?	OUI	NON

LES EQUIPEMENTS SUIVANTS SONT-ILS PRESENTS ET EN FAITES-VOUS UTILISATION A CHACUNE DE VOS INTERVENTIONS ?		
En salle d'opération : suivi par moniteur de l'électrocardiogramme	OUI	NON
En salle d'opération : oxymétrie prise par pulsation (digitale)	OUI	NON
En cas d'anesthésie générale : analyse de la pCO ₂ en continu	OUI	NON
En salle de réveil : oxymétrie prise par pulsation (digitale)	OUI	NON
Défibrillateur	OUI	NON
Médicaments d'urgence	OUI	NON
Commentaires :		

Nom et prénom

Fait à

Le à heures

Signature et cachet

Le présent questionnaire est soumis aux mêmes dispositions du Code des Assurances que le questionnaire général.