

LES ERREURS D'ÉTIQUETAGE DES PRÉLÈVEMENTS SONT TOUT SIMPLEMENT INACCEPTABLES EN SALLE D'OPÉRATION

Auteur : Tracey Lee a travaillé dans une variété de spécialités depuis qu'elle a obtenu son baccalauréat en soins infirmiers du Southern Institute of Technology, en Nouvelle-Zélande. Depuis lors, elle a travaillé en salles d'opération à l'Hôpital Southland en tant qu'infirmière de soins généraux et, tout dernièrement, en salles d'opération au Centre Starship à la fois comme infirmière de soins généraux et infirmière éducatrice. Elle occupe actuellement le poste d'infirmière-conseil pour les salles d'opération et les services d'anesthésie du Bureau de santé du district d'Auckland. Tracey détient depuis l'année dernière une maîtrise en soins infirmiers de l'Université Massey, en Nouvelle-Zélande et elle est une membre active du Auckland-Northland Perioperative Nurses College Committee (de l'organisme des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Zélande).

RÉSUMÉ :

La recherche-action et les groupes de discussion sont utilisés pour aborder un problème qui a été identifié lors de la collecte de prélèvements en salle d'opération dans un bureau de santé du district de la Nouvelle-Zélande.

INTRODUCTION :

Les problèmes d'étiquetage des prélèvements constituent un problème pour la sécurité des patients qui peut être évité et qui pourrait gravement nuire aux patients en retardant leur traitement ou en faisant en sorte que ces derniers suivent le mauvais traitement ou qu'ils soient mal diagnostiqués. La recherche a démontré que ce problème pourrait être résolu en normalisant le processus de collecte des prélèvements (Hicks, 2014; Kim, Dotson, Thomas & Nelson, 2013; Layfield & Anderson, 2010; Makary et al., 2007; Slavin, Best, & Aron 2001; Zarbo & D'Angelo, 2007).

La mesure dans laquelle ce problème a nu aux patients n'a pas été établie, car peu de données à ce sujet existent dans la littérature (Makary et al., 2007). Le

suiti régulier de nos propres rapports d'incidents par le biais de notre système de préparation de rapports a identifié une augmentation du nombre de problèmes liés à l'étiquetage des prélèvements au sein de l'organisation et, même si la plupart des erreurs ont été corrigées à l'aide du système de vérification en laboratoire, les patients ont couru un risque potentiel. Cela nous a donc incités à proposer que le processus de collecte de prélèvements en salle d'opération (SOP) soit examiné et amélioré et qu'un moyen pour vérifier systématiquement le processus soit établi sous la forme d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Méthodes de collecte des données : Groupe de discussion et recherche-action

Un groupe de discussion a été formé à partir d'un échantillon de 15 à 20 infirmières durant leur période de formation en milieu de travail dans un bloc opératoire. Ce département a été sélectionné en raison du volume élevé de biopsies prélevées des patients en oncologie lors d'une intervention, ce qui a été identifié dans la littérature comme

La formation à l'aide
de simulation est une
méthode d'enseignement
largement acceptée
au sein des systèmes
d'enseignement en
soins de santé.

Image 1 : Processus final de collecte des prélèvements

(Note de la rédaction : NHI désigne en Nouvelle-Zélande l'équivalent de notre numéro d'identité unique du patient)

Pratique en SOP pour la manipulation des prélèvements

Toutes les étiquettes du patient doivent être retirées de la SOP avant l'arrivée du prochain patient

Les étiquettes du patient dans le dossier du patient sont vérifiées lors de la phase préopératoire
(avant le transfert vers la SOP)

L'infirmière en service externe désignée demeure responsable de la collecte des prélèvements pendant toute la durée de la chirurgie :

- Elle vérifie tous les autocollants sur le chariot désigné en les comparant au dossier du patient à l'aide de deux pièces d'identité du patient lors de la pause
- Elle « note et lit à voix haute » le type de prélèvement et l'endroit du prélèvement et l'infirmière en service interne vérifie l'étiquette du patient
- **Transmet** l'information sur le prélèvement lors des pauses/lorsqu'elle quitte la SOP

Avant de quitter la SOP (ou si le prélèvement est expédié avant qu'elle ne quitte la SOP) :

- Elle lit à voix haute l'étiquette du prélèvement (nom du patient, numéro d'identité unique du patient, type et endroit du prélèvement) en la comparant au formulaire du prélèvement et avec le chirurgien
- Elle vérifie si les prélèvements sont présents dans les éprouvettes et leur quantité
- Pour les prélèvements multiples, elle effectue une vérification complète comme ci-haut et résume avant de quitter la SOP.

*L'infirmière en service interne/externe effectue **3 dernières vérifications** lorsqu'elle fait son rapport dans le registre du département :

- Elle vérifie les étiquettes en les comparant au formulaire (nom du patient, numéro d'identité unique du patient, prélèvement)
- **Check number of specimens/specimens present**
- Elle vérifie la documentation (département, SOP, chirurgien, date, heure, signature)

*S/O si prélèvement congelé/frais

présentant un risque accru d'erreurs de manipulation des prélèvements (Kim et al., 2013; Sehgal, Booth, & Cameron, 2012). On a présenté le problème aux infirmières en leur faisant part des incidents signalés dans leur département et les effets qu'ils ont eus sur les soins des patients, puis on a examiné les principaux facteurs qui, selon elles, ont mené aux erreurs d'étiquetage des prélèvements en salle d'opération et, enfin, on a exploré des solutions possibles. Toutes les idées ont été inscrites sur un grand tableau blanc afin de vérifier si toutes les comprenaient et pour les inciter à y réfléchir. Un diagramme de processus a été créé à partir des principaux points, indiqués en ordre chronologique et les lignes directrices internationales y ont été incorporées. Ce diagramme a ensuite été présenté pour examen lors de la deuxième réunion.

Le recours aux principes de recherche-action impliquait de nombreuses séances de discussions de groupe permettant aux infirmières de passer en revue le processus, de le mettre en pratique et de fournir une rétroaction sur la façon dont le processus a fonctionné dans leur pratique. Les problèmes potentiels issus de la pratique ont été examinés, comme les contraintes de temps, l'accomplissement de plusieurs tâches à la fois, les responsabilités individuelles et les difficultés à vérifier plusieurs prélèvements.

Des solutions ont été testées dans la pratique et, lors des réunions suivantes, le groupe de discussion en a discuté. Le groupe s'est rencontré en moyenne toutes les deux à trois semaines durant quatre mois.

Le processus a continué d'être peaufiné jusqu'à ce que le groupe soit satisfait qu'il n'y ait rien d'autre à modifier. Les méthodes de recherche-action ont permis au groupe de se sentir habilité et de jouer un rôle participatif dans la recherche afin qu'il fasse partie de la solution en concentrant sa réflexion sur l'action (Curtis & Redmond, 2007). Dans l'idéal, cela aura permis de mieux comprendre la façon dont la théorie influence la pratique. Le processus final

Tableau 1 :

Année	Total des prélèvements recueillis	Nombre d'erreurs d'étiquetage	% d'erreurs par prélèvement recueilli
2012	8869	1	0.01
2013	9440	15	0.15
2014 (Jan-June)	3508	15	0.42
TOTALS	21,817	31	0.14

Tableau 1 : Les prélèvements recueillis en SOP et qui sont destinés à être envoyés au laboratoire d'histologie par année avec le nombre d'erreurs d'étiquetage attribué à la phase pré-analytique (ADFIB, 2014).

de collecte des prélèvements a ensuite été mis à l'essai dans les différents départements du bloc opératoire et des audits par observation dans la pratique ont été effectués après chaque essai afin de peaufiner et développer davantage le processus jusqu'à ce qu'une solution définitive ait été établie, documentée, qu'elle ait été jugée conforme et qu'elle soit disponible dans tous les domaines cliniques.

Les audits permettant de continuer à surveiller les incidents en vérifiant l'étiquetage à l'entrée au laboratoire déclencheront non seulement un suivi

immédiat, mais ils permettront également de déterminer s'il est nécessaire d'apporter d'autres améliorations au processus (Kim et al., 2013).

Analyse

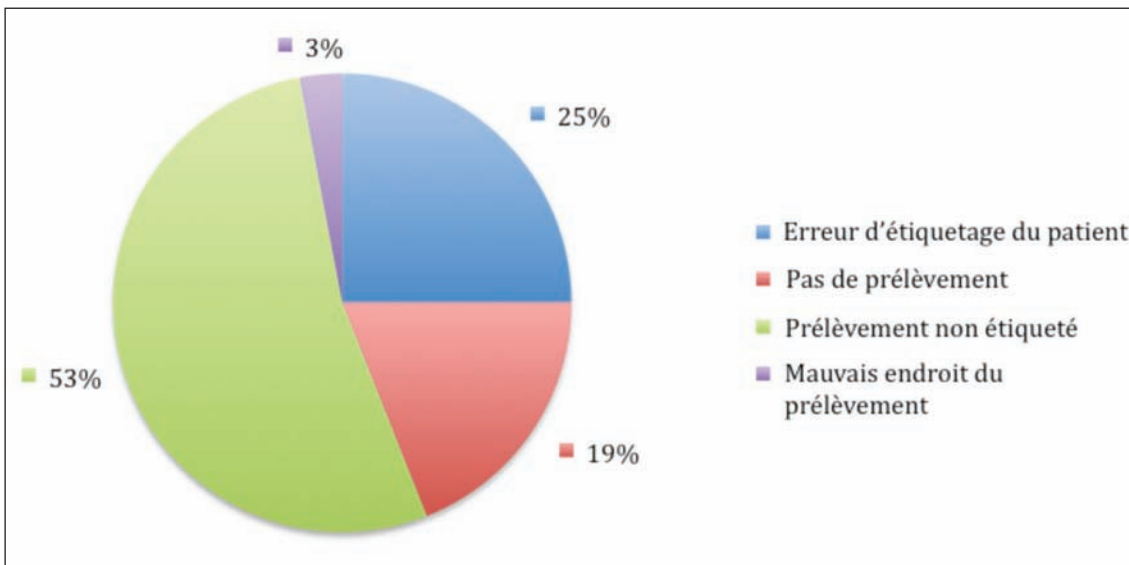
Pour comprendre la gravité du problème, nous avons dû examiner comment et pourquoi les erreurs d'étiquetage des prélèvements s'étaient produites (Nakhleh, 2008). À ces fins, des données rétrospectives ont été recueillies du système « professionnel de suivi des risques » du bureau de santé du

district d'Auckland pour le signalement des incidents et ces dernières ont été utilisées pour mener une réflexion qualitative.

Le laboratoire avait un système pour la correction des erreurs d'étiquetage de prélèvements qui incluait un système de vérification par le personnel avant l'entrée en laboratoire et le signalement des incidents pour toutes les erreurs trouvées. Un rapport de toutes les erreurs a été généré entre janvier 2012 et juin 2014 qui a été classifié comme un « test diagnostic » avec le type d'incident spécifié connexe, notamment :

- Non-concordance dans l'identification des étiquettes/des prélèvements;
- Prélèvement non étiqueté;
- Étiquette incorrecte;
- Prélèvement perdu.

Image 2 : Pourcentage des erreurs de prélèvements attribuées aux erreurs d'étiquetage en SOP, divisé selon les groupes (ADHB, 2014).



Chaque description d'incident a été lue et s'il était possible que l'erreur puisse ne pas être directement attribuée à la gestion en SOP du prélèvement, les incidents étaient écartés. Tous les autres incidents ont été comparés au nombre total de prélèvements consignés dans le Système de

UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

**Perioperative
Nurses Week is
November 7 - 11, 2016.**

**La semaine des
infirmières et des
infirmiers en soins
périopératoires est du
7 au 11 novembre 2016.**

ORNAC & PROVINCIAL COUNCILS L'AIISOC ET LES CONSEILS PROVINCIAUX

25th ORNAC National Conference	Niagara Falls, ON	Apr 30 - May 4, 2017
ORNAA Provincial Conference	Red Deer, AB	Sept 21 - 24, 2016
SORNG Education Day	Regina, SK	Oct 1, 2016
CIISOQ/CORNQ 36th Conference	Levis, Quebec	Oct 12 - 15, 2016
Atlantic OR Nurses Conference	Halifax, NS	Sept 22 - 24, 2016

OTHER CONFERENCES • AUTRES CONFÉRENCES

AORN (www.aorn.org)	Boston, MA	Apr 1 - 5, 2017
EORNA (www.eorna.eu)	Rhodes Island, Greece	May 4 - 7, 2017
ASIORNA (www.asiorna.org)	Hong Kong	Oct 8 - 10, 2016
CORL (www.operatingroomleaders.com)	Toronto, ON	Nov 13 - 15, 2016

Additional conferences can be found at www.ornac.ca.
Jetez un coup d'œil aux conférences additionnelles à www.aiisoc.ca.

ERREURS D'ÉTIQUETAGE (suite)

gestion des renseignements sur les patients peropératoires et destinés à être envoyés au département d'histologie afin de déterminer le dénominateur et la véritable signification du tissu (Tableau 1).

Les erreurs totales entre 2012 et juin 2014 ont ensuite été réparties en différents types spécifiques d'erreurs de prélèvements, y compris :

- Erreur d'étiquetage du patient : l'étiquette d'identité du patient sur l'éprouvette du prélèvement ne correspond pas à l'identité du patient sur le formulaire de réquisition;
- pas d'étiquette pour identifier le patient sur l'éprouvette du prélèvement;
- pas de prélèvement dans une éprouvette étiquetée et accompagnée d'un formulaire de réquisition (Image 2).

L'avantage de cette méthode d'analyse est qu'elle a permis de mettre en contexte des

erreurs détaillées (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; Mahajan, 2010). Le groupe d'erreurs le plus important par type était les prélèvements non étiquetés (n=17, 53 pour cent du nombre d'erreurs signalées), suivi par les erreurs d'étiquetage pour identifier le patient sur le prélèvement (n=7, 25 pour cent) et enfin, les prélèvements manquants dans les éprouvettes de prélèvements à l'arrivée au laboratoire (n=6, 19 pour cent).

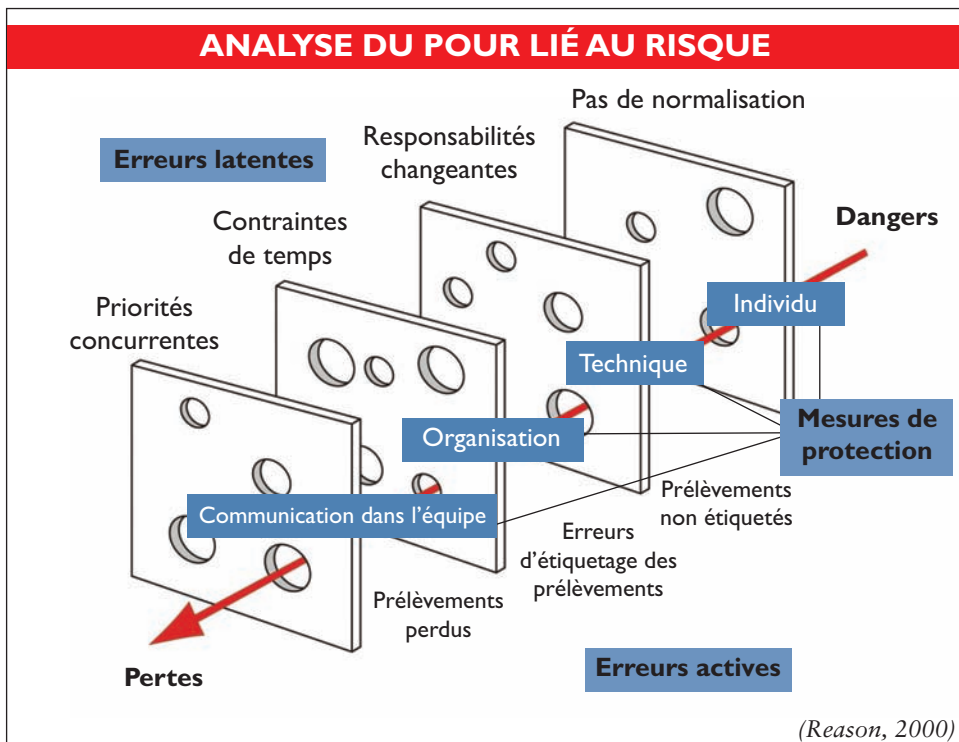
Un prélèvement possédait la bonne étiquette d'identité du patient, mais le site de prélèvement du tissu indiqué sur l'éprouvette était incorrect. Nous ne connaissons pas les répercussions qu'ont les délais générés par la correction des mauvaises étiquettes d'identité des patients et des éprouvettes de prélèvements non étiquetées. Cependant, dans le cas des prélèvements manquants, les analyses en laboratoire n'ont pas pu être effectuées. Il a été signalé que les prélèvements étaient plus susceptibles d'être perdus, mal étiquetés, égarés ou

pas du tout recueillis plutôt que d'être perdus lors du transport vers le laboratoire (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2005; Slavin et al., 2001).

Après mûre réflexion, ces pourcentages semblent minimes. Il est toutefois important de reconnaître leur potentiel à causer des dommages. Un seul prélèvement mal étiqueté pourrait avoir un impact dévastateur sur la personne concernée. Un exemple de ce genre est mentionné dans un rapport rendu par le ministère de la Santé en 2012, où cinq événements sentinelles se sont soldés par des interventions chirurgicales non nécessaires ou aucune intervention en raison des erreurs d'étiquetage et d'identification de patients lors de la phase en laboratoire du traitement des prélèvements (Comité national pour passer en revue les erreurs de biopsies du sein, 2012).

Le modèle de Reason a été utilisé pour l'analyse et a permis de comparer les

Image 3 : Modèle de Reason en forme de fromage utilisé pour analyser le risque latent et actif lié aux erreurs d'étiquetage des prélèvements.



erreurs actives signalées au processus normalisé déterminé par le groupe de discussion pour voir exactement où dans le processus l'erreur peut être identifiée et ainsi déterminer quelle intervention serait la plus efficace à ce point (Image 3).

Les erreurs latentes se réfèrent aux erreurs causées par un palier de décision supérieur ou sont des décisions prises à un niveau supérieur qui ont des répercussions sur les conditions pratiques de travail, comme les politiques, les contraintes de la dotation, les contraintes de temps et les priorités concurrentes. Les erreurs actives sont des écarts et des manquements qui ont un impact direct sur le patient ou le processus (Reason, 2000). Les mesures de protection sont là où l'on peut empêcher les erreurs de se produire. Le modèle de Reason revêt deux approches qui font appel : à la personne et au système (Reason, 2000).

Une étape en particulier a été soulignée comme étant un point de vérification essentiel, soit la section « Retour sur

l'intervention » de la « Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire » parce qu'elle demande l'attention de toute l'équipe pour que cette dernière se concentre sur l'aspect sécuritaire pour le patient quant à la collecte de prélèvements. À ce point, il était important de peaufiner la technique pour la vérification des prélèvements afin d'encourager les personnes impliquées à lire directement de l'étiquette sur l'éprouvette du prélèvement tout en vérifiant :

- le formulaire de laboratoire;
- deux pièces d'identité du patient;
- le nom et le site du prélèvement;
- que le prélèvement est bien présent.

Cette étape du processus impliquait de partager les pratiques attendues avec l'équipe multidisciplinaire tout en introduisant parallèlement les modifications au processus de la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire. Ce point de vérification essentiel a aussi été présenté lors d'une réunion de haut niveau du comité chirurgical et il a été appuyé par tous les directeurs cliniques

dans l'ensemble des services chirurgicaux.

Résultats

Avant l'initiative de contrôle de la qualité, les erreurs d'étiquetage des prélèvements avaient été sous-signalées par le laboratoire d'histologie et il était par conséquent difficile de déterminer avec précision le taux réduit des erreurs après l'introduction du processus normalisé de collecte des prélèvements. On a observé une baisse notable des erreurs signalées grâce au processus de signalement des incidents malgré une augmentation du nombre de signalements par le personnel en laboratoire. Par contre, plus de temps est nécessaire pour déterminer quelle importance cela aura sur les résultats en raison de la rareté du taux d'erreur. Le département d'histologie a cependant déclaré une réduction en termes d'erreurs d'étiquetage des prélèvements depuis la mise en place du projet de contrôle de la qualité et la surveillance continue des incidents signalés par le laboratoire déterminera en fin de compte le succès de cette intervention. La formation à l'intention du personnel en histologie quant à la façon de signaler avec exactitude les erreurs d'étiquetage des prélèvements faites par les SOP et la garantie que toutes les erreurs d'étiquetage des prélèvements feraient l'objet d'un suivi, a engendré une hausse de signalement des incidents. Une meilleure communication entre le laboratoire en tant que service de soutien et les SOP afin qu'ils travaillent en équipe dans le continuum du patient ont permis de développer une culture commune favorisant la sécurité des patients, ciblant la surveillance continue et l'amélioration de la qualité.

Discussion

Les incidents liés aux problèmes d'étiquetage des prélèvements sont peu fréquents et relativement rares. Toutefois, ils surviennent en grande partie lors des phases pré-analytiques (SOP) et post-analytiques (pathologie) de la gestion des prélèvements. Les erreurs d'étiquetage sur les prélèvements et les prélèvements non étiquetés peuvent survenir à une

fréquence de 0,4 à 0,1 pour cent, cependant plusieurs erreurs peuvent passer inaperçues étant donné que le processus dépend des facteurs humains et des vérifications exactes d'identité du patient et du prélèvement (Morrison et al., 2010). Comme les résultats de cette analyse pilote des rapports d'incidents, il a également été déterminé que les éprouvettes non étiquetées de prélèvements étaient les erreurs d'étiquetage de prélèvements les plus souvent signalées lors d'une étude de cohorte prospective menée par Makary et al., (2007). Cette étude visait à identifier et à évaluer la fréquence des erreurs d'étiquetage de prélèvements en SOP.

Il a été reconnu qu'un processus normalisé est nécessaire pour réduire les erreurs. Il n'existe cependant aucune norme internationale ou nationale précisant le processus de collecte des prélèvements et il a été suggéré que cette responsabilité tombe dans le vide entre l'environnement clinique et le laboratoire (Plebani, 2012). La littérature propose que cela soit abordé en normalisant le processus de collecte des prélèvements (Hicks, 2014; Kim et al., 2013; Layfield & Anderson, 2010; Makary et al., 2007; Slavin et al., 2001; Zarbo & D'Angelo, 2007).

Des normes de pratique ont été intégrées au processus afin d'appuyer et de fournir les données probantes nécessaires, pour que le processus puisse être mis en œuvre dans les départements de SOP d'autres organismes (Connor et al., 2013).

Pour réduire les variabilités, on doit normaliser les tâches et les processus, réduire le nombre d'étapes possibles et peaufiner le processus. De plus, cela permet d'améliorer la sécurité des patients, de prévenir la perte de temps pour le personnel en laboratoire qui doit faire le suivi des erreurs de prélèvements, de réduire les dépenses et de faciliter le processus.

La recherche-action effectuée à l'aide d'un groupe de discussion a aidé à élaborer un processus normalisé de collecte de prélèvements qui a fait passer la responsabilité découlant des hypothèses

des personnes au sujet de la pratique à une approche systématique dotée de mesures de protection intégrées, comme il est recommandé dans les données probantes (Collins, Newhouse, Porter, & Talsma, 2014; Kohn et al., 2000; Anonyme, 2008). De plus, la section « Retour sur l'intervention » de la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire fournit une fonction forcée nécessitant l'examen physique du prélèvement et la discussion en équipe, tout en faisant en sorte que l'équipe se concentre sur l'aspect de la sécurité du patient liée au processus de collecte des prélèvements (Organisation mondiale de la Santé, 2009). Un changement de la pratique résulte d'une intervention conçue grâce à la collaboration avec des participants qui connaissent le phénomène dans le contexte de leur propre pratique et qui sont capables de remettre en question les hypothèses existantes (Holter & Schwartz-Barcott, 1993; Plebani, 2012). La recherche-action implique une réflexion et une auto-réflexion critique sur la pratique qui sont ensuite partagées avec les autres et qui donnent l'occasion d'apprendre des autres (McNiff, 2013).

L'analyse des erreurs de Reason illustre le point où les incidents sont plus susceptibles d'être le résultat d'une défaillance des systèmes plutôt que d'une erreur commise par un individu. Ce modèle peut au contraire permettre de voir l'incident au-delà de la défaillance en elle-même en l'analysant par rapport aux hypothèses plus larges liées au comportement humain afin de déterminer son contexte dans l'organisation. Reason décrit une erreur comme l'incapacité d'une séquence planifiée à atteindre les résultats prévus lorsque cette incapacité ne peut être attribuée à la chance (Collins et al., 2014; Kohn et al., 2000).

La collecte et la manipulation de prélèvements exigent une série de processus présumés qui reposent sur certains principes d'organisation pour la protection de la sécurité des patients. D'ailleurs, la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire représente un redoutable obstacle pour les erreurs si elle est exécutée comme prévu (Collins et al., 2014).

Remerciements : Cet article a été rédigé à partir d'un texte ayant gagné le prix Surgico Free Paper du Perioperative Nurses College (PNC) lors de la Conférence de la New Zealand Nurses Organization en septembre 2015.

Cet article a été à l'origine publié dans *The Dissector*, vol. 43, n° 3, pages 23, 26-28, décembre 2015. Réimprimé avec l'autorisation du Perioperative Nurses College (PNC), New Zealand Nurses Organization (NZNO).

« Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e édition) de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) d'octobre 2015, section 3, p.208-211, norme(s) 3.2.97 à 3.2.113 et les chirurgies sécuritaires sauvent des vies : Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire. AIISOC, section 1, page 31. »

Il existe différents points de vue quant à l'utilisation de la technologie informatique, comme l'utilisation d'un code à barres pour réduire les erreurs d'étiquetage des prélèvements (Kim et al., 2013; BhatTiwari, Chavan & Kelkar, et al., 2012). Les coûts seraient sans contredit un désavantage et l'utilisation de codes à barres ne serait pas nécessairement une solution pour les 17 prélèvements non étiquetés.

CONCLUSION

Bien que la plupart des incidents internes d'organisation éveillent notre attention quant aux accidents évités de justesse liés aux erreurs d'étiquetage des prélèvements en SOP, ces incidents ont permis de développer un système qui surveille la sécurité des patients de façon indirecte et qui a la capacité d'améliorer continuellement la qualité des soins que nous offrons à nos patients. Le processus de collecte des prélèvements repose sur une fonction humaine ce qui le rend vulnérable aux éléments humains et aux influences de l'organisation, comme les contraintes de temps. La normalisation d'un tel processus permet de garantir la cohérence et de fixer une norme à partir de laquelle les attentes de la pratique seront établies.

RÉFÉRENCES :

Anonyme, Taking steps to protect patients from specimen-handling errors, 2008, *OR Manager*, 24(12), 1.

Auckland District Health Board, Data collected from the risk monitor pro system and patient information management system, 2014, Auckland District Health Board, Auckland.

Bhat, V., Tiwari, M., Chavan, P., & Kelkar, R., Analysis of laboratory sample rejections in the pre-analytical stage at an oncology centre, 2013, *Clinica Chimica Acta*, 473,1203-1206. Téléchargé de doi:10.1016/j.cca.2012. 03.024

Collins, S. J, Newhouse, R., Porter, J, &Talsma, A., Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting

Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model, 2014, *AORN Journal*, 700(1), 65-79. Téléchargé de doi: 10.1016/j.aorn.2013.07.024

Conner, R, Burlingame, B, Denholm, B, Link, T, Ogg, M., Spruce, L, Spry, C., Van Wicklin, S., & Wood, A., Perioperative Standards and Recommended Practices: Recommended Practices for the Care and Handling of Specimens in the Perioperative Environment, 2014. Téléchargé de doi: 10.6015/psrp. 14.01.0375.

Curtis, E., & Redmond, R., Focus groups in nursing research, 2007, *Nurse Researcher*, 74(2), 25-37.

Hicks, D. G., Standardization of Tissue Handling from the OR to the Laboratory, 2014, *AORN Journal*, 99(6), 810-813. Téléchargé de doi: 10.1016/j.aorn .2014.03.005

Holter, I. M, & Schwartz-Barcott, D., Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing?, 1993, *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298-304. Téléchargé de doi: 10.1046/J.1365-2648.1993. 18020298.

Kim, J. K., Dotson, B., Thomas, S, & Nelson, K. C., Standardized patient identification and specimen labeling: A retrospective analysis on improving patient safety, 2013, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(1), 53-56.

Kohn, L. T, Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S., To Err Is Human: Building a Safer Health System, 2000, (Vol. 627): National Academies Press.

Layfield, L. J, & Anderson, G. M., Specimen Labeling Errors in Surgical Pathology an 18-Month Experience, 2010, *American journal of clinical pathology*, 134(3), 466-470.

Makary, M. A., Epstein, J., Pronovost, P. J., Millman, E. A., Hartmann, E. C., & Freischlag, J. A., Surgical specimen identification errors: A new measure of

quality in surgical care, 2007, *Surgery*, 141(4), 450-455.

McNiff, J., *Action research: Principles and practice*, 2013, Routledge.

Morrison, A. R., Tanasijevic, M. J., Goonan, E. M., Lobo, M. M., Bates, M. M., Lipsitz, S. R., Melanson, S. E. F., Reduction in specimen labeling errors after implementation of a positive patient identification system in phlebotomy, 2010, *American journal of clinical pathology*, 733(6), 870-877.

Nakhleh, R. E., Patient safety and error reduction in surgical pathology, 2008, *Archives of pathology & laboratory medicine*, 132(2), 181-185.

National Panel to Review Breast Biopsy Errors, Report of the National Panel to Review Breast Biopsy Errors: Findings and recommendations, 2012, Wellington: Ministry of Health.

Téléchargé du site Web : <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/breast-biopsy-errors-report-v3.pdf>

Pennsylvania Patient Safety Authority, Lost Surgical Specimen, Lost Opportunities, 2005, *Pennsylvania Patient Safety Advisory*, 2(3), 1-5. Téléchargé du site Web : <http://www.patientsafetyauthority.org>

Plebani, M., Quality indicators to detect pre-analytical errors in laboratory testing, 2012, *The Clinical Biochemist Reviews*, 33(3), 85.

Reason, J., Human error: models and management, 2000, *Bmj*, 320,7237), 768-770.

Sehgal, N., Booth, J, & Cameron, J., Problem with the Parts was Part of Our Problem: A Specimen Safety Initiative, 2012, *Clinical Leadership &*

Management Review, 26(3), 22-27.

Slavin, L., Best, M. A., & Aron, D. C., Gone but not forgotten: the search for the lost surgical specimens: application of quality improvement techniques in reducing medical error, 2001, *Quality Management in Healthcare*, 70(1), 45-53.

Organisation mondiale de la Santé, Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009 : Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies, L'étiquetage des prélèvements (lecture à voix haute des étiquettes, y compris le nom du malade), 2009, (pp. 76-77), Genève, Suisse: Presse de l'OMS.

Zarbo, R. J., & D'Angelo, R., The Henry Ford Production System Effective Reduction of Process Defects and Waste in Surgical Pathology, 2007, *American journal of clinical pathology*, 728(6), 1015-1022.

ORNAC/J&J Medical Products Drake-Thompson Writing Award

PRODUITS MÉDICAUX

Johnson & Johnson

MEDICAL PRODUCTS

A DIVISION OF *Johnson & Johnson, INC.*

Submit an article to ORNAC Journal and you could be awarded up to \$3,000! This is an annual award presented to the author(s) of the best article(s) in each calendar year. It is designed to recognize Canadian perioperative nurses who contribute to the advancement of the profession and to the education of their colleagues through informative and relevant articles.

For more details visit www.ORNAC.ca
Click on Bursaries, Grants & Awards

Prix de rédaction Drake-Thompson de J&J Medical Products/AISOC

PRODUITS MÉDICAUX

Johnson & Johnson

MEDICAL PRODUCTS

A DIVISION OF *Johnson & Johnson, INC.*

Soumettez un article à la revue de l'AIISOC et courez la chance de gagner jusqu'à 3 000 \$! Ce prix annuel est décerné à l'auteur(e) ou aux auteur(e)s du meilleur article de chaque année civile. Le prix est conçu pour reconnaître les infirmières et infirmiers qui contribuent à l'avancement du domaine des soins périopératoires et à la formation de leurs collègues en rédigeant des articles instructifs et pertinents.

Pour de plus amples renseignements,
veuillez visiter www.AIISOC.ca
et cliquer sur le lien Bursaries, Grants & Awards
(disponible en anglais seulement)