

Checkliste

MRT/TRUS-fusionierte Prostatabiopsie

Wahlarzt

Ja [] Nein []

Patientenaufkleber

Sprechstundenarzt

Ja Nein

- [] [] Indikation fachärztlich überprüft (Läsion: _____ PSA-Wert: _____)
- [] [] Allergien gegenüber Antibiotika bekannt?
- [] [] Antibiotikaeinnahme in den letzten 6 Monaten? Rektalabstrich erforderlich?
- [] [] Patient schriftlich aufgeklärt
- [] [] Urinkultur angelegt, Patient auf Abfrage dieser hingewiesen
- [] [] Blutentnahme bei Gerinnungsstörung / Einnahme von Antikoagulanzien
- [] [] MRT wurde eingelesen und auf Qualität überprüft
- [] [] Studien-Aufklärung erfolgt

Datum / Unterschrift Sprechstundenarzt

Pflege am Biopsietag

Ja Nein

- [] [] Antibiotika wurden eingenommen falls Urinkultur mit signifikantem Keimnachweis
- [] [] Antibiotikaname: _____
- [] [] Aufklärung liegt vor
- [] [] keine blutverdünnernden Medikamente eingenommen
- [] [] Studienpatient (dann frühzeitige Info an eingeteilten Assistenz- und Oberarzt)

Datum / Unterschrift Pflege

Operateur

Ja Nein

- [] [] Indikation, Aufklärung, Urinkultur und ggf. Labor überprüft
- [] [] Präoperatives Gespräch mit Patient geführt
- [] [] Perioperative antibiotische Prophylaxe / Therapie appliziert
- [] [] OP-Bericht angelegt
- [] [] Vorläufiger Ambulanzbrief angelegt

Datum / Unterschrift Operateur