

<b>Prä-OP-Check vom _____</b>  verantwortlicher Mitarbeiter für die korrekte Ausführung dieses Dokumentes: Aufnahmeanzt	<b>Präoperative Checkliste</b> <b>Universitätsmedizin Mannheim</b> <b>Klinik für Urologie</b> <b>Prof. Dr. med. M.S. Michel</b> (VS05_12/15)	
	<b>Aufnahmeanzt</b>  Operationsdiagnose: _____  Geplante Operation: _____  <input type="checkbox"/> Zu operierende Seite ist in allen Befunden einheitlich und klar mit dem Patienten besprochen und in den OP-Plan eingetragen <input type="checkbox"/> Bei perioperativ erhöhtem Risiko ist dieses mit dem Patienten und dem Operateur besprochen worden <input type="checkbox"/> Erforderliche Befunde und Röntgenbilder sind auf korrekte Identität überprüft worden und wurden in der OP-Planbesprechung vorgelegt <input type="checkbox"/> Korrekte Aufklärung mit korrekter Seitenangabe wurde durchgeführt <input type="checkbox"/> In der OP-Planbesprechung wurde die Indikation geprüft, der Eintrag in den endgültigen OP-Plan wurde den Gegebenheiten angepasst und notwendige Korrekturen eingegeben	hier bitte den Patientenaufkleber platzieren.

\_\_\_\_\_  
 Datum/Name/Unterschrift (Aufnahmeanzt)

\_\_\_\_\_  
 Datum/Name/Unterschrift (OP-Plan - OA)

<b>Stationsarzt</b>  <input type="checkbox"/> Zeichen der Harnwegsinfektion wurden überprüft, ggf. Keimzählung und testgerecht antibiotische Therapie wurde mind. 24 Stunden vor dem Eingriff angesetzt <input type="checkbox"/> Blutlabor mit Gerinnung wurde überprüft <input type="checkbox"/> Freigabe der Anästhesie ist erfolgt <input type="checkbox"/> Von der Anästhesie geforderte Befunde/Untersuchungen liegen vor <input type="checkbox"/> Urinbefund wurde überprüft <input type="checkbox"/> EKG erforderlich ja / nein
--

\_\_\_\_\_  
 Datum/Name/Unterschrift (Stationsarzt)

<b>Operateur</b>  <input type="checkbox"/> Präoperatives Gespräch zwischen Operateur und Patienten hat stattgefunden <input type="checkbox"/> Einwilligung und Akte mit fallweise vorhandenem Wahlarztvertrag wurde vom Operateur eingesehen und die Indikation überprüft <input type="checkbox"/> Seite der Operation bzw. der Operationsbereich wurde vom Operateur beim Patienten eingezeichnet
--

\_\_\_\_\_  
 Datum/Name/Unterschrift (Operateur)

**Ohne diesen vollständig ausgefüllten Bogen und unterschriebenen Bogen verlässt der  
 Patient/die Patientin nicht die Station in den OP-/Funktionsbereich!**

## Perioperative Checkliste

Patientenaufkleber

In Verbindung mit der VA\_Periooperative Checkliste\_2016-01-11 / <sup>1</sup> (1) bis (7) sind mitgeltende Dokumente

Zu- ständig	Vor der Narkose / Vor OP	Patient einfluss	Unterschrift des / der Zuständigen
Schleusenpersonal	<input type="checkbox"/> Patient / Eltern bestätigt: - Identität (Name, Vorname, Geb. Datum) (1) <sup>1</sup> - Eingriffsort - Art des Eingriffs	Umbettschleuse	
	Sign. Infektionen bekannt? (HIV, Hep., MRSA, MRGN usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (2) <sup>1</sup>		
	Allergien bekannt? (Latex, Medikamente) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> Dokumente vorhanden und unterschrieben: <input type="checkbox"/> OP – Einwilligung <input type="checkbox"/> Narkoseeinwilligung <input type="checkbox"/> Patientenetiketten		
	Körperseite markiert? (OP-Feld, Extremität) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
OP- Personal	Siebe vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Siebe unversehrt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (3) <sup>1</sup> Indikator vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	OP	
	Zählkontrolle vor OP erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (6) <sup>1</sup>		
Operateur	<input type="checkbox"/> Der Operateur hat sich vor der Anwendung des Medizinproduktes von dessen Funktionsfähigkeit und dem ordnungsgemäßen Zustand überzeugt (5) <sup>1</sup>	OP	
	Implantate vorhanden <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (3) <sup>1</sup>		
	Relevantes Bildmaterial vorhanden u. angesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht nötig		
Anästhesiepersonal	Anästhesie – Check komplett <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (4) <sup>1</sup>	Einleitung	
	<input type="checkbox"/> Intubationsschwierigkeiten beschrieben? <input type="checkbox"/> Aspirationsrisiko?		
	Maßnahmen getroffen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Regionalverfahren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Ausreichend EK's / Blutprodukte vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht nötig		
	Antibiotikaphylaxe verabreicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht nötig		
Anäs- thesist	Postoperatives Intensiv-, Überwachungsbett nötig und vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht nötig		
Operateur, Anästhesist	<b>Vor Hautschnitt / „Team Time out“</b>	OP	
	<input type="checkbox"/> Alle Teammitglieder stellen sich mit Namen und Funktion vor		
	<input type="checkbox"/> der verantwortliche Operateur hat die Einwilligung, die Indikation und den fallweise vorliegenden Wahlarztvertrag überprüft		
	<input type="checkbox"/> Operateur beschreibt geplantes Vorgehen, ggf. Schwierigkeiten		
	<input type="checkbox"/> Anästhesist benennt erwartete Schwierigkeiten		
OP- Pers.	<b>intraoperativ / vor Wundverschluss / Vor Verlassen des OP's</b>	OP	
	Korrekte Beschriftung der Präparate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Zählkontrolle vollständig - nach Standard erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (6) <sup>1</sup>		
OP- u. Anästh. Pers.	Technische Probleme / Besonderheiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (7) <sup>1</sup>		
Oper- ateur	Histologieschein adäquat ausgefüllt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	OP-Bericht mit Behandlungsempfehlungen erstellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Operateur, Anästhesist	<b>OP - Ende</b>		
	<input type="checkbox"/> Operateur und Anästhesist haben über Inhalte und Besonderheiten des Eingriffs sowie über postoperative Anordnungen gesprochen, der Anästhesist hat die weiterbehandelnde Einheit festgelegt und informiert.		
	Angehörige informiert <input type="checkbox"/> nicht erreicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

☐ Operation abgesetzt?

Wenn ja, Begründung:

Name/Unterschrift: