

# Prä-OP-Check vom \_\_\_\_\_

verantwortlicher Mitarbeiter für die korrekte  
Ausführung dieses Dokumentes: Aufnahmearzt

## Präoperative Checkliste Universitätsmedizin Mannheim Klinik für Urologie

Prof. Dr. med. M.S. Michel

(VS05\_12/15)

Aufnahmearzt

Operationsdiagnose: \_\_\_\_\_

Geplante Operation: \_\_\_\_\_

hier bitte den Patientenaufkleber  
platzieren.

- Zu operierende Seite ist in allen Befunden einheitlich und klar mit dem Patienten besprochen und in den OP-Plan eingetragen
- Bei perioperativ erhöhtem Risiko ist dieses mit dem Patienten und dem Operateur besprochen worden
- Erforderliche Befunde und Röntgenbilder sind auf korrekte Identität überprüft worden und wurden in der OP-Planbesprechung vorgelegt
- Korrekte Aufklärung mit korrekter Seitenangabe wurde durchgeführt
- In der OP-Planbesprechung wurde die Indikation geprüft, der Eintrag in den endgültigen OP-Plan wurde den Gegebenheiten angepasst und notwendige Korrekturen eingegeben

Datum/Name/Unterschrift (Aufnahmearzt)

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

### Stationsarzt

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

Datum/Name/Unterschrift (Stationsarzt)

### Operateur

- Präoperatives Gespräch zwischen Operateur und Patienten hat stattgefunden
- Einwilligung und Akte mit fallweise vorhandenem Wahlarztvertrag wurde vom Operateur eingesehen und die Indikation überprüft
- 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\_Perioperative Checkliste\_2016-01-11 / <sup>1</sup> (1) bis (7) sind mitgeltende Dokumente

Zuständig	Vor der Narkose / Vor OP	Patientenfluss	Unterschrift des / der Zuständigen		
Schleusenpersonal	<input type="checkbox"/> Patient / Eltern bestätigt: - Identität (Name, Vorname, Geb. Datum) (1) <sup>1</sup> - Eingriffsart - 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"/> Patientenketten				
OP-Personal	Körperseite markiert? (OP-Feld, Extremität) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	OP			
	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				
Operateur	Zählkontrolle vor OP erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (6) <sup>1</sup>	OP			
	<input type="checkbox"/> Der Operateur hat sich vor der Anwendung des Medizinproduktes von dessen Funktionsfähigkeit und dem ordnungsgemäßen Zustand überzeugt (5) <sup>1</sup>				
	Implantate vorhanden <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (3) <sup>1</sup>				
Anästhesiepersonal	Relevantes Bildmaterial vorhanden u. angesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht nötig	Einleitung			
	Anästhesie – Check komplett <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (4) <sup>1</sup>				
	<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				
Anästhesist	Ausreichend EK's / Blutprodukte vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht nötig				
	Antibiotikaprophylaxe verabreicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht nötig				
Operateur, Anästhesist	Postoperatives Intensiv-, Überwachungsbett nötig und vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht nötig	OP			
	<b>Vor Hautschnitt / „Team Time out“</b>				
	<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.	<input type="checkbox"/> Lagerung überprüft <input type="checkbox"/> andere Fachdisziplinen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	OP			
	<b>intraoperativ / vor Wundverschluss / Vor Verlassen des OP's</b>				
	Korrekte Beschriftung der Präparate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
OP- u. Anästh. Pers.	Zählkontrolle vollständig - nach Standard erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (6) <sup>1</sup>				
	Technische Probleme / Besonderheiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (7) <sup>1</sup>				
Operateur	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: