

## 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: