

Perioperative Checkliste

Patientenaufkleber

In Verbindung mit der VA_Periooperative Checkliste_2016-01-11 / ¹ (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) ¹ - Eingriffsort - Art des Eingriffs	Umbettschleuse				
	Sign. Infektionen bekannt? (HIV, Hep., MRSA, MRGN usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (2) ¹					
	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) ¹ Indikator vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zählkontrolle vor OP erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (6) ¹	OP				
	<input type="checkbox"/> Der Operateur hat sich vor der Anwendung des Medizinproduktes von dessen Funktionsfähigkeit und dem ordnungsgemäßen Zustand überzeugt (5) ¹ Implantate vorhanden <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (3) ¹ Relevantes Bildmaterial vorhanden u. angesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht nötig			OP		
	<input type="checkbox"/> Anästhesie – Check komplett <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (4) ¹ <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					OP
Anästhesist	Postoperatives Intensiv-, Überwachungsbett nötig und vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht nötig	OP				
Operateur, Anästhesist	Vor Hautschnitt / „Team Time out“			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.	intraoperativ / vor Wundverschluss / Vor Verlassen des OP's		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) ¹					
OP- u. Anästh. Pers.	Technische Probleme / Besonderheiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (7) ¹		OP			
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	OP - Ende					
	<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: