

ESTS Sichere Operations Liste

Operationsdatum:/...../.....

HIV/Hepatitis

Prozedere:

Bevor Anästhesiebeginn: anmelden/unterschreiben			
Patienten- Identität überprüfen	<input type="checkbox"/> Richtig	<input type="checkbox"/> falsch (Bericht)	
OP-Einwilligung geprüft	<input type="checkbox"/> vorliegend	<input type="checkbox"/> fehlt (einholen bevor fortfahren)	
Operationsseite markiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nicht markiert (bestätigen)	<input type="checkbox"/> N.A.
Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> Andere	
Antikoagulation/Antiaggregation Einstellung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> N.A	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Bericht)
Prämedikation?	Prophyl. Antibiotika <input type="checkbox"/>	Steroid: Ja <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
KK Klasse gemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (bestätigen vor fortfahren)	
Anästhesie Sicherheitsprüfung abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Bericht)	
Bronchoskop verfügbar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Bericht)	
Periop. Überwachung	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Pulsoximetrie	<input type="checkbox"/> Kapnographie <input type="checkbox"/> ABP
Patientenwärmesystem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (warum nicht)	
TVT-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> SQ Heparin	<input type="checkbox"/> N.A
Zu erwartende Narkoseprobleme	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, angeben bitte:	
Schwieriger Atemweg	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beurteilung	
Gefahr von > 500ml Blutverlust	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Angemessene IV Zufuhr/Flüssigkeit geplant	
Pflegeteam: Ausrüstung steril	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Bericht)	<input type="checkbox"/> N.A.
Chirurgische technische Ausstattung bereit und überprüft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Bericht)	<input type="checkbox"/> N.A.
Notwendige Implantate bereit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Bericht)	<input type="checkbox"/> N.A
VOR HAUTSCHNITT: TIME OUT			
Rolle und Namen der Teammitglieder klar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (klären)	
OP-Team bestätigt Operationsstelle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (klären)	
OP-Team bestätigt chirurgischen Eingriff	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (prüfen und bestätigen)	
OP-Team bestätigt Operationszeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (prüfen und bestätigen)	
Bildgebung vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (anzeigen)	<input type="checkbox"/> N.A.
Richtige Lagerung überprüfen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (prüfen bevor fortfahren)	
Chirurgische Wundinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein (prüfen bevor fortfahren)	
Zu erwartende chirurgische Probleme	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, angeben	
VOR DEM VERLASSEN DES OP-SAALS: unterschreiben			
Zählen der Instrumente, Tupfer und Kompressen: vollzählig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> N.A.
Wurden die Proben entsprechend gekennzeichnet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> N.A.
Postoperative medizinische Anweisung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> N.A.
Austrüstungsprobleme zu melden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> N.A.
SIGNATURES			
<p>Pflegepersonal Anästhesie Chirurg</p>			

Kommentare zu berichten (wenn nötig):

Pflegepersonal:

Unterschrift

Anästhesie:

Unterschrift

Chirurg

Unterschrift

Pflegepersonal