Klinik / Station /Praxis

Patientendaten

| **Prä-operativ auf Station** | **ja** | **nein** | **Nicht zutreffend** |
| --- | --- | --- | --- |
| Patient ist durch Befragung anhand von Name und Geburtsdatum identifiziert bzw. Patientenidentifikationsband stimmt mit den gemachten Angaben überein |  |  |  |
| OP-Aufklärung und schriftliche OP-Einwilligung liegen vor und Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein |  |  |  |
| Freigegebenes Anästhesieprotokoll und schriftliche Anästhesieeinwilligung liegen vor und Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein |  |  |  |
| Anforderungen aus dem Anästhesieprotokoll wurden umgesetzt |  |  |  |
| Angeordnete Medikamente (z. B. Antibiotika) liegen vor**Entwurf** |  |  |  |
| Bekannte Allergien sind dokumentiert |  |  |  |
| Bekannte Infektionen sind dokumentiert |  |  |  |
| Vorhandene Implantate sind dokumentiert |  |  |  |
| Markierung des Eingriffsort gemäß abteilungsbezogene Regelung |  |  |  |
| Haut ist im OP-Gebiet oder an druckexponierten Stellen unverändert  |  |  |  |
| Patient ist nüchtern |  |  |  |
| Das OP-Gebiet ist enthaart |  |  |  |
| Hilfsmittel, Schmuck, Nagellack, Zahnprothese sind entfernt |  |  |  |
| Prä-operative Antikoagulanz wurde verabreicht |  |  | 3OP-Checkliste |
| MTS sind angezogen |  |  |  |
| Patientenakte ist vollständig und Patientenetiketten sind vorhanden und stimmt bzgl. Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort überein |  |  |  |
| **Klinikspezifische Punkte** |  |  |  |
| Darmentleerung nach Anordnung |  |  |  |
| Blutgruppenbefund / Blutanforderungsschein vorhanden |  |  |  |
| □ Alle Fragen konnten mit „ja“ oder „nicht zutreffend“ beantwortet werden bzw. konnten geklärt werden.  |  |  |
| □ OP abgesetzt da mindestens eine Frage mit „nein“ beantwortet wurde. |  |
| □ Patient soll operiert werden, obwohl mind. eine Frage mit „nein“ beantwortet wurde. |  |
| **Bemerkungen:** |
| Checkliste ausgefüllt am:  |  | Unterschrift: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eintritt OP-Bereich** | **Ja** | **nein** | **Nicht zutreffend** |
| Patientenidentität: Angaben vom Patient stimmen mit Akte und OP-Plan überein |  |  |  |
| EingriffsartAngaben vom Patient stimmen mit Akte und OP-Plan überein |  |  |  |
| Markierung des Eingriffsort Angaben vom Patient stimmen mit Akte und OP-Plan überein |  |  |  |
| OP-Aufklärung und OP-Einwilligung liegen schriftlich vor Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein |  |  |  |
| Anästhesieeinwilligung liegt schriftlich vorPatientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein**Entwurf** |  |  |  |
| Bekannte Allergien sind dokumentiert |  |  |  |
| Bekannte Infektionen sind dokumentiert |  |  |  |
| Vorhandene Implantate sind dokumentiert |  |  |  |
| Patient ist nüchtern |  |  |  |
| Hilfsmittel, Zahnprothese, Schmuck, Nagellack sind entfernt |  |  |  |
| Die notwendigen Implantate und Spezialinstrumente stehen bereit |  |  |  |
| □ Alle Fragen konnten mit „ja“ oder „nicht zutreffend“ beantwortet werden bzw. konnten geklärt werden.  |  |  |
| □ OP abgesetzt da mindestens eine Frage mit „nein“ beantwortet wurde. |  |
| □ Eintritt in den OP-Bereich obwohl mind. eine Frage mit „nein“ beantwortet wurde. |  |
| **Bemerkungen:** |
| Checkliste ausgefüllt am:  |  | Unterschrift: |  |