

Patienten-Etikette

SURGICAL SAFETY CHECKLIST

FÜR OPERATIVE EINGRIFFE ODER INTERVENTIONEN IM HKL MIT ANÄSTHESIE



HIRSLANDEN
KLINIK IM PARK

Bemerkungen _____

OP-DATUM:

STATION	EINSCHLEUSUNG	SIGN IN	TEAM TIME OUT	SIGN OUT
Pflegefachperson vor der Prämedikation BA/AWR/OZB/IPS/NF/GEBS	Lagerungspflege und Anästhesiepflege bei der Einschleusung	Anästhesieteam vor der Anästhesieeinleitung	Belegarzt, Anästhesieteam, OP-Instrumentierende und -Zudienung vor Schnitt	OP-Ende mit Belegarzt, Anästhesieteam und OP/HKL-Personal, bevor Belegarzt OP-Tisch verlässt
<input type="checkbox"/> Identität überprüft: Name, Vorname, Geburtsdatum. Abgleich mit Identifikationsarmband erfolgt <input type="checkbox"/> Geplanter Eingriff und Eingriffsort gem. Anmeldung durch Patient bestätigt <input type="checkbox"/> Markierung korrekter Eingriffsort gem. Standard Seitenmarkierung erfolgt <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz gem. Anästhesie-Prämedikationsprotokoll eingehalten <input type="checkbox"/> Patienteneinwilligung Anästhesie vorhanden <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung und Antikörpersuchtest gem. Hämovigilance-Konzept vorhanden <input type="checkbox"/> Schmuck, Piercings, Zahnprothesen, Brille und Kontaktlinsen entfernt	Lagerungspflege <input type="checkbox"/> Identität überprüft: Name, Vorname, Geburtsdatum. Abgleich mit Identifikationsarmband erfolgt <input type="checkbox"/> Geplanter Eingriff wird von Patient bestätigt <input type="checkbox"/> Korrekter Eingriffsort gem. Anmeldung markiert Anästhesiepflege <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz gem. Anästhesie-Prämedikationsprotokoll eingehalten <input type="checkbox"/> Patienteneinwilligung Anästhesie vorhanden <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung und Antikörpersuchtest gem. Hämovigilance-Konzept vorhanden	<input type="checkbox"/> Identität überprüft: Name, Vorname, Geburtsdatum. Abgleich mit Identifikationsarmband erfolgt <input type="checkbox"/> Geplanter Eingriff von Patienten wird bestätigt <input type="checkbox"/> Korrekter Eingriffsort gem. Anmeldung markiert <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz gem. Anästhesie-Prämedikationsprotokoll eingehalten <input type="checkbox"/> Patienteneinwilligung Anästhesie vorhanden <input type="checkbox"/> Allergien geprüft und kommuniziert <input type="checkbox"/> Begleiterkrankungen geprüft und kommuniziert <input type="checkbox"/> Blutbestellung abgeklärt	Belegarzt <input type="checkbox"/> Identität überprüft: Name, Vorname bestätigt <input type="checkbox"/> Eingriff und Operationsseite bestätigt <input type="checkbox"/> Korrekte Lagerung geprüft und bestätigt <input type="checkbox"/> Röntgenbilder geprüft <input type="checkbox"/> Implantate benannt OP-Instrumentierende/PFP HKL <input type="checkbox"/> Implantate vorhanden <input type="checkbox"/> Instrumente vollständig und steril Anästhesieteam <input type="checkbox"/> Antibiotikaphylaxe ist erfolgt Alle <input type="checkbox"/> Medizinische Geräte auf Funktionstüchtigkeit geprüft <input type="checkbox"/> Informationen über Spezielles erfolgt	Belegarzt <input type="checkbox"/> Benennung durchgeführter Eingriffe <input type="checkbox"/> Postoperative Verordnungen abgesprochen <input type="checkbox"/> Histologie und Pathologie OP-Instrumentierende/PFP HKL <input type="checkbox"/> Vollständige Zählkontrolle OP-Zudienung/PFP HKL <input type="checkbox"/> Korrekte Kennzeichnung von Präparaten durchgeführt

Bestätigung Durchführung

Name Pflegefachperson

Unterschrift _____

Bestätigung Durchführung

Name Anästhesiepflege

Unterschrift _____

Bestätigung Durchführung

Name Vertreter Anästhesieteam

Unterschrift _____

Bestätigung Durchführung

Unterschrift Belegarzt und Vertreter Anästhesieteam

BA: _____

ANA: _____

Bestätigung Durchführung

Name Belegarzt

Unterschrift _____

Patienten-Etikette

SURGICAL SAFETY CHECKLIST

FÜR OPERATIVE EINGRIFFE ODER INTERVENTIONEN IM HKL IN LOKAL-ANÄSTHESIE ODER OHNE ANÄSTHESIE



Bemerkungen _____

STATION	EINSCHLEUSUNG	TEAM TIME OUT	SIGN OUT
Pflegefachperson vor der Prämedikation BA/AWR/OZB/IPS/NF/GEBS	Lagerungspflege bei der Einschleusung/ Pflegefachperson HKL	Belegarzt, OP-Instrumentierende und -Zudienung vor Schnitt/Pflegefachperson HKL	OP-Ende mit Belegarzt und Pflegefachperson HKL, bevor Belegarzt OP-Tisch verlässt
<input type="checkbox"/> Identität überprüft: Name, Vorname, Geburtsdatum. Abgleich mit Identifikationsarmband erfolgt <input type="checkbox"/> Geplanter Eingriff und Eingriffsort gem. Anmeldung durch Patient bestätigt <input type="checkbox"/> Markierung korrekter Eingriffsort gem. Standard-Seitenmarkierung erfolgt <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung und Antikörpersuchtest gem. Hämovigilance-Konzept vorhanden <input type="checkbox"/> Schmuck, Piercings, Zahnprothesen, Brille und Kontaktlinsen entfernt	<input type="checkbox"/> Identität überprüft: Name, Vorname, Geburtsdatum. Abgleich mit Identifikationsarmband erfolgt <input type="checkbox"/> Geplanter Eingriff wird von Patient bestätigt <input type="checkbox"/> Korrekter Eingriffsort gem. Anmeldung markiert <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung und Antikörpersuchtest gem. Hämovigilance-Konzept vorhanden	Belegarzt <input type="checkbox"/> Identität überprüft: Name, Vorname bestätigt <input type="checkbox"/> Eingriff und Operationsseite bestätigt <input type="checkbox"/> Korrekte Lagerung geprüft und bestätigt <input type="checkbox"/> Röntgenbilder geprüft <input type="checkbox"/> Implantate benannt OP-Instrumentierende/PFP HKL <input type="checkbox"/> Implantate abgeklärt <input type="checkbox"/> Instrumente vollständig und steril Alle <input type="checkbox"/> Medizinische Geräte auf Funktionsfähigkeit geprüft <input type="checkbox"/> Informationen über Spezielles erfolgt	Belegarzt <input type="checkbox"/> Benennung durchgeführter Eingriffe <input type="checkbox"/> Postoperative Verordnungen abgesprochen <input type="checkbox"/> Histologie und Pathologie OP-Instrumentierende/PFP HKL <input type="checkbox"/> Vollständige Zählkontrolle OP-Zudienung/PFP HKL <input type="checkbox"/> Korrekte Kennzeichnung von Präparaten durchgeführt

Bestätigung Durchführung
Name Pflegefachperson

Unterschrift _____

Bestätigung Durchführung
Lagerungspflege/Pflegefachperson HKL

Unterschrift _____

Bestätigung Durchführung
Unterschrift Belegarzt und MA OP/HKL

BA: _____

OP/HKL: _____

Bestätigung Durchführung
Name Belegarzt

Unterschrift _____