

OP-Sicherheits-Checkliste

VOR ANÄSTHESIE BEGINN AnästhesistIN/AN Pflegekraft	TEAM TIME OUT OP-Team	BEVOR PATIENT OP VERLÄSST OP-Team bestätigt
Identität, Operation, OP-Gebiet bzw. Seite und OP- und AN-Einwilligungen geprüft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Patientenidentität überprüft? <input type="checkbox"/> Operation? _____ <input type="checkbox"/> OP-Seite? <input type="checkbox"/> Technische Geräte funktionstüchtig? Ist der voraussichtliche Blutverlust > 500ml? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vollständigkeit der benutzten Instrumente, Tücher und Nadeln <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl der Proben _____
OP-Gebiet/ OP-Seite markiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht notwendig	Ist das benötigte Instrumentarium und Equipment vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Sind alle Implantate vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	Informationen für die postoperative Betreuung des Patienten (Schmerztherapie, Verband, Drainagen, Verbände, Verbote) festgelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bekannte Allergien/Infektionen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche? _____	Bekannte Allergien/Infektionen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche? _____ Sind alle Bildunterlagen vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Ist eine Gewebeentnahme für eine medizinische Untersuchung geplant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum: Patientenetikett:
Besonderheiten:	Antibiose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist ein routinemäßiger OP-Verlauf zu erwarten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Voraussichtliche Schnitt-Naht-Zeit? _____	

UNTERSCHRIFT BEARBEITER:

UNTERSCHRIFT BEARBEITER:

UNTERSCHRIFT BEARBEITER:
