

OP-Checkliste Patientensicherheit (Version 04)

Geltungsbereich: Klinikum Dritter Orden München, Mitarbeiter: Alle Mitarbeiter

Die Checkliste ist gewissenhaft für jeden Punkt auszufüllen!

| 1. Station/Notaufnahme | | | |
|---|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Stationsarzt/Arzt Notaufnahme: | Hz* | ja | nicht nötig |
| Chirurgische Aufklärung unterschrieben Eingriff: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingriffsort bzw. -seite markiert (→) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voruntersuchungen (wie Labor, ggf. Thorax, UKG nach Anordnung) und Konsile erledigt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgruppenbestimmung durchgeführt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutkonserven bestellt (nach Bedarfsliste) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei gerinnungshemmender Medikation „Perioperatives Prozedere“ angewendet | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relevanter Infektionsstatus für OP-Planung und -Anmeldung vorhanden | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotikagabe <input type="checkbox"/> Perioperative Prophylaxe <input type="checkbox"/> Weitergabe der bestehenden Medikation | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekannte Allergien: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Andere, z.B. Medikamente: | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patient hat bereits eigene Implantate: <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> Endoprothese: | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anästhesiol. Aufklärung unterschrieben | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stationsarzt/Arzt Notaufnahme: Datum, Name (Druckbuchst.), Hz | | | |
| Examinierte Pflegekraft: | Hz* | ja | nein |
| Patientenidentität festgestellt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenarmband vorhanden+kontrolliert | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Patient ist nüchtern | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Thromb.-Strümpfe lt. Anordn. angepasst | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Haarkürzung (Clipping) durchgeführt | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Schmuck/Piercing <input type="checkbox"/> Perücke entfernt | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät entf. | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Akte/Kurve/1 Etikettensatz mitgegeben | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterschrieb. OP-/Anä.-Aufklär. mitgegeben | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EKG (falls angefordert) mitgegeben | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Notwend. medizin. Hilfsmittel mitgegeben: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angeordnete Antibiotika mitgegeben | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pflege (Verantw. für Transport): Datum, Name (Druckbuchst.), Hz | | | |

| 2. Vor Narkose („Sign in“) | | | |
|--|----|-------------------------------------|--------------------------|
| Beginn der Checkliste bei AOZ- und Belegarzt-patienten, die nicht vor OP auf Station kommen: | | | |
| Anästhesie-Funktionsdienst: | ja | nicht nötig | |
| Beim Einschleusen Identität bestätigt von: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflege | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenidentifikationsarmband angelegt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geplante Operation/Intervention bekannt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingriffsort bzw. -seite markiert (→) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anästh.-Aufklärung+Narkoseprot. liegen vor | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angeforderte Unterlagen übergeben | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anästhesie-Sicherheitscheck durchgeführt (Beatmungsgerät mit Zubehör, Basismonitoring mit aktiven Alarmen) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät verwahrt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anästhesie-Funktionsdienst: Datum, Name (Druckbuchst.), Hz | | | |
| Mündliche Bestätigung durch OP-Funkt.-Dienst, Operateur und Anästhesist: | ja | nicht nötig | |
| Richtiges Implantat verfügbar | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausrüstung/Material einsatzbereit | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sterilität gewährleistet | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OP-Funktionsdienst: Name (Druckbuchst.), Hz | | | |
| Anästhesist: | ja | nein | |
| Allergien | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| „Schwieriger Atemweg“ | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirationsgefahr | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Risiken: | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiose | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anästhesist: Name (Druckbuchst.), Hz | | | |

| 3. Vor Schnitt („Team-Time-out“) | | | |
|---|-----|-------------------------------------|--------------------------|
| Anästhesist: | ja | nicht nötig | |
| Patientenspezifische Probleme mit OP-Team besprochen | Hz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Operateur/Untersucher: | ja | nein | |
| Patientenidentität festgestellt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingriffsort bzw. -seite bestätigt (→) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prozedur bestätigt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OP-Aufklärung kontrolliert | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probleme/Komplikationen möglich oder wahrscheinlich: | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OP-Zeit länger (als im OP-Plan angegeben) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Risiko Blutverlust > 15 ml/kg KG (mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine Transfusion) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alle nötigen Untersuchungsergebnisse griffbereit (Bildmaterial, Daten, Befunde ...) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korrekte Lagerung überprüft | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nur bei kritischer Sectio: Pädiater informiert | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Operateur/Vertreter: Name (Druckbuchst.), Hz | | | |
| Team-Time-Out durchgeführt (vor dem Anreichen der Instrumente!) | Hz* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 4. Vor Verlassen des OP („Sign out“) | | | |
|---|----|-------------------------------------|--------------------------|
| Operateur mit Team: | ja | nicht nötig | |
| Vollständigkeit bei Instrumenten, Nadeln und Tüchern („Zählkontrolle“) bestätigt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bezeichnung bei histologischen Präparaten einschließlich Patientendaten überprüft | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besondere mögliche postoperative Komplikationen mit Konsequenzen besprochen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkennbare Verbrennungen oder Hinweis auf möglichen Lagerungsschaden vorhanden | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kurz-OP-Protokoll mit postoperativen Anordnungen zum Patienten erstellt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Operateur/Vertreter: Name (Druckbuchst.), Hz | | | |
| Bemerkungen: | | | |
| <p>➤ Der Pflegedienst legt bei jedem zu operierenden Patienten bzw. Patienten mit einem Eingriff eine OP-Checkliste an. Bei einem lebensbedrohlichen Notfall bzw. Notsectio hat die Versorgung des Patienten Priorität. Bei ausreichender Vorlaufzeit sollte die Checkliste - auch bei elektiven Eingriffen in der Notaufnahme oder im Kreißaal - verwendet werden.</p> <p>➤ Die OP-Checkliste ist von allen beteiligten Berufsgruppen gewissenhaft auszufüllen. Der Wechsel zur nächsten Spalte darf erst erfolgen, wenn die vorangehende Spalte komplett ausgefüllt und per Unterschrift abgeschlossen wurde. Ausnahmen genehmigt nur der OP-Koordinator!</p> <p>➤ Auf eine Markierung wird verzichtet bei: - Endoskopischen/laparoskopischen/minimalinvasiv. Eingriffen - Herzkathetereingriffen - Verletzten/traumatisier./schwer zugänglichen Körperstellen - Eingriffe an Zähnen oder Schleimhaut - Fachabteilungsspezifisch festgelegten Ausnahmen</p> <p>➤ Gäste/nicht bekannte Anwesende im OP werden vorgestellt.</p> <p>➤ Legende: ➔: Markierungspfeil mit wasserfest. Stift sichtbar ○: Aufmerksamkeit/Maßnahmen geboten, falls angekreuzt Hz*: Nur ausfüllen, falls der Check nicht von dem Mitarbeiter durchgeführt wird, der den Prüfabschnitt unterschreibt.</p> | | | |

Muster