

OP Transfer – Checkliste

Patientenetikett

Eingriff: _____ Seite: _____

Geplantes Datum des Eingriffs: _____

1	Patientenaufnahme / Station / Notaufnahme	ja	nein	nicht nötig	Hz
ARZT	Anästhesiologische Aufklärung unterschrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ANÄ
	HSM-/ICD-Ausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANÄ
	Chirurgische Aufklärung unterschrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CHIRURG
	Eingriffsort markiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CHIRURG
	Labor kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHIRURG
	Voruntersuchungen / Konsile / weitere Anweisungen Anästhesie erledigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHIRURG
	Blutgruppenbestimmung und Antikörpersuchtest vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHIRURG
	Blutkonserven abrufbereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHIRURG
	Medizinische Hilfsmittel mitgeben _____ / nach Standard <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHIRURG
	Antibiotikaprophylaxe notwendig mit: _____ / nach Standard <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHIRURG
	Allergie auf: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CHIRURG
PFLEGE	Patientenarmband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflege
	Nahrungskarenz nach Standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prämedikation verabreicht / Patient selbst genommen (SDS) nach Anordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Brille / Hörgerät / Schmuck / Piercing / Zahnprothese entfernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Thrombose-Prophylaxe-Strümpfe angepasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Clipping / Rasur durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Med. Hilfsmittel mitgegeben (nach Anordnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Akte / Patientenkurve / Etikettenbogen dabei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Markierung Eingriffsort überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterschriebene ANÄ / CHIR Aufklärung dabei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Checklistenabschluss durch Pflegekraft (ggf. Rücksprache mit Stationsarzt oder Anästhesie)					
PFLEGE	Freigabe Transfer in OP nur wenn keine Rot-Markierung angekreuzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflege
	Fahrt durch Transportdienst möglich (s. Verfahrensanweisung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2	Schleuse / Eingriffsraum	ja	nein	nicht nötig	Hz
MA	Abgleich Patientenarmband mit Unterlagen und OP Plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		MA
	Markierung Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ANÄ	=	ANÄSTHESIST
ANP	=	ANÄSTHESIE-PFLEGE
MA	=	MITARBEITER
OPE	=	OPERATEUR
OPP	=	OP-PFLEGE

OP Transfer – Checkliste

Patientenetikett

3	SIGN IN ANÄSTHESIE / OP-PFLEGE	ja	nein	nicht nötig	Hz
ANP ANÄ	Patientenidentifikation durchgeführt Abgleich Patientenangaben (Name und Geburtsdatum) mit Patientenarmband und Unterlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ANP ANÄ
ANP	Nüchternheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ANP
ANP	Anästhesiesicherheitscheck erledigt (Beatmungsgerät und Zubehör, Basismonitoring mit aktiven Alarmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ANP
OPP	Implantate vorhanden / Instrumentarium verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OPP
ANÄ	Anästhesieaufklärung überprüft und unterschrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ANÄ
	Aspirationsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hinweis auf schwierigen Atemweg, gefährdete Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Blutgruppe und Antikörpersuchtest bestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gekreuztes Blut vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Vor Einleitung: BRIEFING ANÄSTHESIE durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANÄ

5	Vor Schnitt: TEAM TIME OUT TTO wird interaktiv mit aushängender Checkliste durchgeführt				ANÄ

6	Vor OP Verlassen: SIGN OUT	ja	nein	nicht nötig	Hz
OPP	Instrumente, Nadeln, Tücher vollständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPP
OPP	Bezeichnung des Präparats für Pathologie und Patientenangaben korrekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPP
ANÄ	Verlegungsbogen Intensivstation / Anordnungen AWR erstellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANÄ
OPE	Kurz-OP Protokoll mit postoperativen Anordnungen erstellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPE
OPE	postoperative Besonderheiten sind besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPE

ANÄ	=	ANÄSTHESIST
ANP	=	ANÄSTHESIE-PFLEGE
MA	=	MITARBEITER
OPE	=	OPERATEUR
OPP	=	OP-PFLEGE