



Fit für den Dienst Checkliste Drainagenanlage im Dienst – what to drain and how to drain it

Elif Can¹

¹Klinik für Radiologie, Charité Berlin, Campus Virchow-Klinikum

Es gibt eine hervorragende Checkliste der CIRSE auf die wir hier sehr gerne verweisen und auf der nächsten Seite abbilden, Link in der Fußzeile

Patientenname

Patienten Nr.

Geburtsdatum

Männlich Weiblich

Abteilung:

Zuweisender Arzt

CIRSE IR Patient Safety Checklist*



Verfahren:

Datum:

Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

VERFAHRENSPLANUNG	JA	NEIN	k.A.
Fall mit zuweisendem Arzt besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildgebung überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnese überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einverständniserklärung ausgehändigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KM-Nephropathie-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräte/Instrumente vorhanden/bestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungskarenz angeordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboruntersuchung beauftragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anästhesist informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikoagulation beendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivbett benötigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KM-Allergie Prophylaxe benötigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VORKONTROLLE	JA	NEIN	k.A.
Teammitglieder vorgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenunterlagen vollständig vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korrekt: Patient/Seite/Region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient nüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.v. Zugang korrekt gelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient an Kontrollgeräte angeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- und Gerinnungswerte geprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien und/oder Prophylaxen geprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika/ Medikamente verabreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche Einverständniserklärung eingeholt u. mögliche Komplikationen erklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENDKONTROLLE	JA	NEIN	k.A.
Kurzbefund verfasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitalzeichen stabil während u. nach Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente protokolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboruntersuchungen beauftragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proben beschriftet und an Labor geschickt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungsergebnis mit Patient besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poststationäre Anweisungen erteilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgeuntersuchungen beauftragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanter Untersuchungstermin mitgeteilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuweisender Arzt informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name:

Unterschrift: _____

Name:

Unterschrift: _____

Name:

Unterschrift: _____

* Modifiziert nach RADPASS & WHO SURGICAL CHECKLIST