

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