

1 SIGN IN

Vor Einleitung des Anästhesieverfahrens

mit mindestens Anästhesieteam

Prüfung (und Bestätigung durch Patientin/Patient)

- Identität:** Name, Vorname, Geburtsdatum
- Eingriffsart**
- Eingriffsort**
- Geplantes Anästhesieverfahren**
- Patientenaufklärung – Patienteneinwilligung** (Chirurgie und Anästhesie)

Prüfung der Markierung

- (mit Aktenabgleich und wenn möglich aktivem Einbezug der Patientin/des Patienten)
- Keine Markierung gemäss internen Richtlinien

Prüfung der Durchführung der Anästhesie-

- Sicherheitskontrollen** (Anästhesie-/Beatmungsgeräte, Monitoring wie EKG, Pulsoximeter, Blutdruck und Medikamente)

Patientenspezifische Risiken

Bekanntes Allergie?

- Nein
- Ja (Benennung)

Schwieriger Atemweg /erhöhtes Aspirationsrisiko?

- Nein
- Ja, benötigte Geräte/Personal vorhanden

Risiko von > 500 ml Blutverlust?

(7ml/kg bei Kindern)

- Nein
- Ja, genügend IV-Zugänge vorhanden/ausreichend Blutersatz organisiert

Prüfung der Zuweisung zum richtigen OP-Saal

2 TEAM TIME OUT

Vor Hautschnitt

mit OP-Fachpersonal, Anästhesieteam, Operateurin/Operateur und weiterem beteiligtem OP-Personal

- Alle Teammitglieder stellen sich vor** (Name und Funktion)

Aktive Bestätigung durch alle anwesenden Teammitglieder bzw. relevanten Berufsgruppen

- Identität:** Name, Vorname, Geburtsdatum
- Eingriffsart**
- Eingriffsort** (Markierung)
- Korrekt Lagerung**

Prüfung der Antibiotikaphylaxe

- Zeitgerecht verabreicht (in der Regel innerhalb des Zeitfensters von 60 Minuten vor Schnitt)?
- Im Bedarfsfall Antibiotikum für intraoperative Wiederholung vorbereitet?
- Nicht indiziert

Antizipation potenzieller kritischer Ereignisse

Anästhesieteam

- Patientenspezifische Risiken**

Operateurin/ Operateur

- Kritische oder aussergewöhnliche Operationsschritte**
- Operationsdauer**
- Erwarteter Blutverlust**

OP-Fachpersonal

- Bestätigung der Sterilität** (Instrumente, Material, inkl. Sterilitätsindikatoren)
- Besonderheiten betreffend Ausrüstung oder sonstige Bedenken**

Erforderliche Röntgen-, Ultraschall-, MRT-Bilder usw. der/des richtigen Patientin/Patienten, korrekte Seite

- Vorhanden
- Nicht anwendbar

Richtige Implantate

- Verfügbar/vorhanden
- Nicht anwendbar

3 SIGN OUT

Nach Operation

bevor Operateurin/Operateur OP-Saal verlässt – mit OP-Fachpersonal, Operateurin/Operateur und Anästhesieteam

- Benennung der durchgeführten Eingriffe**

Bestätigung

- Korrekte Zählung der Instrumente, Tücher, Tupfer, Nadeln etc.**
- Nicht anwendbar
- Korrekte Kennzeichnung der Proben und Abgleich mit Laborformularen und Beschriftung der Laborgefässe** (Kennzeichnung, Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Nicht anwendbar**

Material- und Ausrüstungsprobleme?

- Nein
- Ja (Benennung)

Operateurin/Operateur, Anästhesieteam und OP-Fachpersonal

- Information über Hauptaspekte für die postoperative Betreuung und für die weitere Behandlung dieses Patienten**