

# Surgical Safety Checklist / Patientensicherheit (Greifswalder Modifikation)

Präoperativ	OP-Schleuse	Team-Time-out	OP-Ende
<p>Patientenverfügung vorhanden?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p><input type="checkbox"/> Bestätigung durch Patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identität</li> <li>• Seite</li> <li>• Operation</li> </ul> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Einverständnis</p> <hr/> <p>Allergie bekannt?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Antibiotikaprophylaxe erhalten?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Zählkontrolle vollständig, nach Standard?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>OP-Aufklärung</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p><input type="checkbox"/> Lagerung überprüft</p>	<p>Bilder einsehbar?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Technische Probleme / Besonderheiten die zu lösen sind?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Allergie bekannt?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p><input type="checkbox"/> Vorstellung der Teammitglieder</p>	<p><input type="checkbox"/> Lagerung überprüft</p>	<p><input type="checkbox"/> Chirurg benennt Operation, ggf. zu erwartende post OP Schwierigkeiten, Nachbehandlung</p>
<p>Bilder/befunde vorhanden?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Allergie bekannt?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p><input type="checkbox"/> Vorstellung der Teammitglieder</p>	<p><input type="checkbox"/> Chirurg benennt Operation, ggf. zu erwartende post OP Schwierigkeiten, Nachbehandlung</p>
<p>Information nä. Angehöriger erwünscht?</p> <input type="checkbox"/> Ja, wer: <input type="checkbox"/> Nein	<p>Intubationsschwierigkeiten zu erwarten?</p> <input type="checkbox"/> Ja, Maßnahmen getroffen <input type="checkbox"/> Nein	<p><input type="checkbox"/> Chirurg, Anästhesist und OP Schwester bestätigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient</li> <li>• Seite</li> <li>• Operation</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> Kurz-OP-Protokoll mit Behandlungsempfehlung am Patienten?</p>
<p>Möglicher Blutverlust &gt; 500 ml?</p> <input type="checkbox"/> Ja, Maßnahmen getroffen <input type="checkbox"/> Nein	<p>Ausreichend EK`s vorhanden?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, nicht benötigt <input type="checkbox"/> Nein, obwohl benötigt	<p><input type="checkbox"/> Chirurg benennt OP, geplantes Vorgehen, ggf. Schwierigkeiten</p>	<p><input type="checkbox"/> Histoschein adäquat ausgefüllt</p>
<p style="text-align: center;"><b>Unterschrift</b></p> <p>Operateur/Verantwortlicher hat den Patienten gesehen?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p><input type="checkbox"/> OP- Schwester: alle erforderlichen Instrumente &amp; Implantate steril vorhanden &amp; gezählt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Anästhesist benennt erwartete Schwierigkeiten</p>	<p>Angehörige informiert?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erreicht
<hr style="width: 100%;"/> <p>Unterschrift</p>	<hr style="width: 100%;"/> <p>Unterschrift</p>	<hr style="width: 100%;"/> <p>Unterschrift</p>	<hr style="width: 100%;"/> <p>Unterschrift</p>

