

# Formular für die direkte Beobachtung im OP für Nicht-Indikatoroperationen

Datum der Überwachung: \_\_.\_\_.\_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

## Administrative Daten

1. Fallnummer Patient: \_\_\_\_\_
2. Standort: \_\_\_\_\_
3. Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

## Art der Operation

4. Handelt es sich um eine Swischnoso-Indikatoroperation?

Ja ☐ Nein ☐

Falls nein in Frage 4:

4a. Chirurgische Subspezialität

- |                                                                 |                          |                              |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Viszeralchirurgie</i>                                        | <input type="checkbox"/> | <i>Gefässchirurgie</i>       | <input type="checkbox"/> | <i>Orthopädie</i>        | <input type="checkbox"/> |
| <i>Traumatologie</i>                                            | <input type="checkbox"/> | <i>Urologie</i>              | <input type="checkbox"/> | <i>Gynäkologie</i>       | <input type="checkbox"/> |
| <i>HNO-Chirurgie</i>                                            | <input type="checkbox"/> | <i>Herzchirurgie</i>         | <input type="checkbox"/> | <i>Neurochirurgie</i>    | <input type="checkbox"/> |
| <i>Wirbelsäulenchirurgie</i>                                    | <input type="checkbox"/> | <i>Thoraxchirurgie</i>       | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| <i>Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische u. Handchirurgie</i> |                          |                              |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Andere</i>                                                   | <input type="checkbox"/> | <i>Spezifizieren Andere:</i> |                          | _____                    |                          |

4b. Bitte selektionieren Sie den CHOP-Code: \_\_.\_\_.\_\_

4c. Geben Sie anderen CHOP-Code an: \_\_\_\_\_

4d. Beschreibung: anderer CHOP-Code: \_\_\_\_\_

Falls ja in Frage 4:

4e. Bitte geben Sie Swischnoso-SSI-Code an: \_\_\_\_\_

**Kürzung der Haare im Operationsgebiet:**

1. Sind Haare vorhanden?

*Ja* ☐ *nein* ☐ *bereits entfernt* ☐

2. Wurde eine Haarentfernung/ Haarkürzung durchgeführt?

*Ja* ☐ *nein* ☐

3. Wo wurde die präoperative Haarentfernung/ Haarkürzung durchgeführt?

*Abteilung* ☐ *OP-Vorbereitung* ☐

*OP-Saal* ☐ *anderer Ort im OP-Trakt* ☐

4. Wann wurde die Haarentfernung/ Haarkürzung durchgeführt?

*Am OP-Tag* ☐ *Vortag der Operation oder früher* ☐

5. Wie wurde die Haarentfernung/ Haarkürzung durchgeführt?

*Clipper* ☐ *Enthaarungscreme* ☐

*Einwegrasierer* ☐

6. Wurde eine Nachrasur durchgeführt?

*Ja* ☐ *nein* ☐

## Hautantisepsis:

### Desinfektion der Haupt-OP-Stelle

1. Was wurde desinfiziert?

*Haut* ☐ *Schleimhaut* ☐ *Wunde* ☐

2. Basis des Desinfektionsmittels?

*Alkohol* ☐ *Wasser* ☐

3. Enthält das Desinfektionsmittel einen remanenten Stoff?

*Chlorhexidin 2%* ☐ *PVP-Jod* ☐

*Octenidin* ☐ *keine Remanenz* ☐

4. Anzahl Anstriche?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3 ☐

5. Dauer der Einwirkzeit in Sekunden (Start Abdeckung Haupt-OP-Stelle): \_\_\_\_\_

### Desinfektion der sekundären OP-Stelle:

1. Besteht eine sekundäre OP-Stelle

*Ja* ☐ *nein* ☐

2. Was wurde desinfiziert?

*Haut* ☐ *Schleimhaut* ☐ *Wunde* ☐

3. Basis des Desinfektionsmittels?

*Alkohol* ☐ *Wasser* ☐

4. Enthält das Desinfektionsmittel einen remanenten Stoff?

*Chlorhexidin 2%* ☐ *PVP-Jod* ☐

*Octenidin* ☐ *keine Remanenz* ☐

5. Anzahl Anstriche?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3 ☐

6. Dauer der Einwirkzeit in Sekunden (Start Abdeckung Neben-OP-Stelle): \_\_\_\_\_

## Antibiotikaprophylaxe

i.v. Verabreichung von Antibiotika (während Beobachtungsperiode)

keine ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3 ☐

1. Art des Antibiotikums 1: \_\_\_\_\_

2. Verabreichte Dosis (mg): \_\_\_\_\_

3. Datum erstes Antibiotikum: \_\_\_\_\_

4a + b. Uhrzeit der Gabe ATB1: \_\_/\_\_/\_\_, Std: \_\_ Min: \_\_

5. Art des Antibiotikums 2: \_\_\_\_\_

6. Verabreichte Dosis (mg): \_\_\_\_\_

7a +b. Datum/ Uhrzeit der Gabe 2: \_\_/\_\_/\_\_, Std: \_\_ Min: \_\_

8. Art des Antibiotikums 3: \_\_\_\_\_

9. Verabreichte Dosis (mg): \_\_\_\_\_

10a +b. Datum/ Uhrzeit der Gabe 3: \_\_/\_\_/\_\_, Std: \_\_ Min: \_\_

### Schnitt/OP-Beginn:

11. Datum des Schnitts/OP

11a +b: Schnitt/OP-Beginn (Stunden + Minuten):

**Andere Beobachtungen, OPTIONAL:**