

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 Swissnoso-Indikatoroperation?

Ja Nein

Falls nein in Frage 4:

4a. Chirurgische Subspezialität

Viszeralchirurgie Gefässchirurgie Orthopädie

Traumatologie Urologie Gynäkologie

HNO-Chirurgie Herzchirurgie Neurochirurgie

Wirbelsäulenchirurgie Thoraxchirurgie

Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische u. Handchirurgie

Andere Spezifizieren Andere: _____

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 Swissnoso-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): _____

Antibiotikaphylaxe

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: