

Selbstauskunft von Einrichtungen für ambulantes Operieren

Einrichtung	Name Adresse	
		Tel.: _____
		Fax: _____
		e-mail: _____

Besichtigung	Datum	_____						
	<i>Unterschrift</i>	_____						
	Teilnehmer	Einrichtung	_____					
		Gesundheitsamt	_____					
		Sonstige	_____					
		<input type="checkbox"/> Erstbegehung durch Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Folgebegehung durch Gesundheitsamt						
	letzte Begehung durch: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Gesundheitsamt am</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>KV am</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Bezirksregierung am</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Gesundheitsamt am	_____	KV am	_____	Bezirksregierung am	_____	
Gesundheitsamt am	_____							
KV am	_____							
Bezirksregierung am	_____							

A Allgemeine Angaben

Einrichtung

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Praxis (ambulantes Operieren) | <input type="checkbox"/> Praxisklinik |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes OP-Zentrum | <input type="checkbox"/> _____ |

Fachrichtung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesie | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Plastische / Ästhetische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> _____ |

Verantwortliche/r Ärztin oder Arzt bzw. Träger der Einrichtung:

Datum der Inbetriebnahme: _____**Operative Eingriffe:**

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr

Anzahl der OP-Tage/Jahr _____

Narkoseverfahren:

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr in

Lokalanästhesie: _____

Vollnarkose: _____

Anzahl mit Anwendung volatiler Anästhesiemittel _____

Anzahl mit Anwendung von i.v.-Anästhesiemitteln _____

für die Hygiene verantwortliche/r Ärztin/Arzt der Einrichtung:

Beratung durch Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin? ja nein

zuletzt am _____ durch _____

Beratung durch eine staatlich anerkannte Hygienefachkraft? ja nein

zuletzt am _____ durch _____

Beratung durch _____

Niveau der Einrichtung unter Berücksichtigung des Anhangs zur Anlage zu Ziffer 5.1 und 4.3.3 der RKI-Richtlinie „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“

- Eingriffsniveau
 OP-Niveau

Operatives Leistungsspektrum bitte als Anlage 1 aufführen (Operationsart x Anzahl/Jahr)

Liste der Anästhesisten/innen bitte als Anlage 2

Liste der Operateure bitte als Anlage 3 aufführen

Liste des nichtärztlichen Personals der Einrichtung mit Angabe der Qualifikation bitte als Anlage 4 beilegen (z.B. Krankenschwester, -pfleger; Arzthelfer/in)

B Strukturqualität

B 1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

B 1.1 Raumprogramm

B 1.1.1 Eingriffseinheit ja nein

- Eingriffsraum
 Vorraum (Personalumkleidung, Chirurgische Händedesinfektion)
 Aufbereitungs- / Sterilisiererraum
 Entsorgungsraum
 Patientenumkleide

B 1.1.2 OP-Einheit ja nein

- Personalschleuse
 Patientenschleuse
 Waschplatz
 OP-Raum
 separater Aufbereitungs- / Sterilisiererraum
 unreiner Arbeitsraum (Entsorgungsraum)
 Geräteraum
 Sterilgutlager
 Ein- / Ausleiterraum
 Aufwachraum

B 1.2 Baulich-funktionelle Gestaltung:

B 1.2.1. Personalumkleide ja nein

Größe _____ m²

Trennung (baulich/funktionell – rein/unrein) ja nein

Wegeführung (organisierter Zu-/Abgang zu OP, Aufwachraum) ja nein• Unreine Seite

- Verschließbare Schränke für Kleidung
- Stellplatz Straßenschuhe
- Abwurf OP-Schuhe
- Abwurf Bereichskleidung unrein
- Handwaschbecken (mit Spendern für Flüssigseife, Einmalhandtücher)

• Reine Seite

- Schränke, Regale für OP-Wäsche
- Regale für OP-Schuhe rein, Einmalschuhe
- Händedesinfektionsmittelspender
- Regal für OP-Hauben, Mundschutz

B 1.2.2. Patientenumkleide

- Ablage- / Aufbewahrungsmöglichkeit für Patientenkleidung
- ggf. Patiententoilette
- Umkleidekabine für Patienten
- Schränke, Regale für OP-Wäsche

B 1.2.3 Personaltoilette ja nein

innerhalb der OP-Einheit (unreine Seite)

 ja nein

außerhalb der OP-Einheit

 ja nein

Handwaschbecken (mit Direktspendern für Flüssigseife u. Händedesinfektionsmittel (Einmalgebinde), Einmalhandtücher, Abwurf)

 ja nein**B 1.2.4 OP-Raum / -räume (Anzahl: _____)** ja neinNutzfläche-/Arbeitsfläche > 20 m² ja nein

Geräteliste:

• fahrbar

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

• fest installiert

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Ausstattung

- | | | | |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Wandbelag wischdesinfizierbar | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Fußbodenauskleidung fugendicht | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Arbeitsflächen wischdesinfizierbar | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. OP-Decke wischdesinfizierbar | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Heizkörper in Hygieneausführung | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. fahrbare Wagen | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Anästhesieeinheit | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Druckluft/Kompressor | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. _____ | _____ | | |

- | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Fensterlüftung | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fliegengitter an allen Fenstern | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abwurfssystem für unsterile Produkte | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sterilgutlager im OP: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Schränke | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Staubdicht schließend | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Türanlage:

- Material _____
- Griffe _____
- Automatik (ggf. gegenseitige Verriegelung) _____

B 1.2.5 Eingriffsraum/-räume (Anzahl _____) ja nein

Nutzfläche-/Arbeitsfläche > 20 m² ja nein

Geräteliste:

- fahrbar

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____
- fest installiert

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

Ausstattung

- | | | | |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Wandbelag wischdesinfizierbar | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Fußbodenauskleidung fugendicht | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Arbeitsflächen wischdesinfizierbar | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. OP-Decke wischdesinfizierbar | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Heizkörper in Hygieneausführung | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. fahrbare Wagen | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Anästhesieeinheit | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Druckluft/Kompressor | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. _____ | _____ | | |

Fensterlüftung ja nein

Fliegengitter an allen Fenstern ja nein

Abwurfssystem für unsterile Produkte ja nein

Sterilgutlager im OP: ja nein

- Schränke ja nein

Staubdicht schließend ja nein

Türanlage:

- Material _____

- Griffe _____

Nassbereiche in Eingriffsraum integriert ja nein

1. Waschbecken ja nein

2. Überlaufsiphon ja nein

3. Berührungsarme Armaturen ja nein

4. Bodenablauf ja nein

B 1.2.6 Präoperativer und postoperativer Bereich ja nein

1. Vorzone (ausreichend dimensioniert) ja nein

2. Einleit-/Ausleitfunktion ja nein

3. Aufwachzone mit Überwachungsmöglichkeit ja nein

4. Schreibplatz ja nein

5. Arzneimittel- und Sterilgutlager in Schränken ja nein

6. Patiententoilette integriert ja nein

1.2.7 Bereich für chirurgische Händedesinfektion ja nein

Waschplätze innerhalb des OP

 ja nein

Waschplatz (Vorzone/Vorbereitungsraum)

 ja nein

Wascheinrichtung mit funktionsgerechter Ausstattung

 ja nein

- berührungsarme Armatur ja nein
- Flüssigseifenspender (Einmalgebinde) ja nein
 - fest installiert ja nein
- Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde) ja nein
 - fest installiert ja nein
- Waschtisch ohne Überlauf ja nein
- Einmalhandtuchspender ja nein
 - fest installiert ja nein
- Abwurf ja nein
- Anzahl Waschplätze _____ ja nein

Luftbeimischer/Perlatoren

Wartung / Entkalkung / Wechsel der Luftbeimischer

 ja nein

wie häufig? _____ wann zuletzt? _____

Siebeinsatz vorhanden?

 ja nein**B 1.2.8 Sterilgutlagerraum – separat** ja nein

Ausstattung

- Schränke ja nein
 - offen ja nein
 - geschlossen ja nein
- Regale ja nein
- Kühlschränke ja nein
- Arzneimittelvorratslager ja nein

B 1.2.9 Sterilgutaufbereitungsraum – separat ja neinArbeitsflächen _____ m² ja nein

Funktionelle Trennung (Aufbereitungs-/Pack-/Sterilisierzone)

 ja nein

Spritzwasserschutz

 ja nein

B 1.2.10 Entsorgungsbereich für Abfälle

- Raumflächen (funktionell ausreichend)
- Ausstattung (funktionsgerecht)

ja nein
 ja nein
 ja nein

B 1.2.11 Putzraum

- Raumflächen (funktionell ausreichend)
- Ausstattung (funktionsgerecht)
- Aushang Kurzform Reinigungs- und Desinfektionsplan
- Wasserzufluss
- Ausguss
- Desinfektionsdosiergerät
- Lager Putzmittel, Desinfektionsmittel, Putzzubehör
- Handwaschbecken (Standard siehe Waschplätze)
- Putzwagen

ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein

B 1.2.12 Geräteraum

ja nein

B 1.2.13 Vorratslager

ja nein

Ausstattung

- Schränke
- Regale

ja nein
 ja nein

B 2 Technisch-apparative Ausstattung**B 2.1 RaumLuftTechnische Anlage (OP-/Eingriffseinheit)**

ja nein

Luftführung:

Verdrängungsprinzip

ja nein

Verdünnungsprinzip

ja nein

DIN-Konformität (DIN 1946 Teil 4)

ja nein

Abweichung von der DIN:

Außenluft

ja nein

Filterung

ja nein

Befeuchtung

ja nein

Schutzdruckhaltung/Strömungsrichtung

ja nein

Versorgung angrenzender Räume:

ja nein

Überströmprinzip

ja nein

Zuluft-Versorgung (eigene)

ja nein

Betrieb der RLT-Anlage nach DIN 1946 Teil 4

- Vor Erstinbetriebnahme technische Abnahmeprüfung ja nein
- Vor Erstinbetriebnahme hygienische Abnahmeprüfung ja nein
- Anlagenstillstand außerhalb OP-Betriebszeit ja nein
- reduzierter Zuluftvolumenstrom außerhalb OP-Betriebszeit ja nein

Regelmäßige Überprüfung der RLT-Anlage

- Parameter: Keimzahl ja nein
- Partikelzahl ja nein
- Luftströmung ja nein
- Kontrollen/Wartung: jährlich ja nein
- anderes Intervall: _____
- nach Wechsel der letzten Filterstufe ja nein
- nach Reparaturen ja nein

Überprüfung der RLT-Anlage durch

Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

Wann zuletzt? _____

B 2.2 Sterilisationsgeräte ja nein

Typenbezeichnung(en): _____

- Dampfdrucksterilisator Anzahl: _____ ja nein
- Heißluftsterilisator Anzahl: _____ ja nein
- Formaldehyd-Sterilisator Anzahl: _____ ja nein
- Ethylenoxid-Sterilisator Anzahl: _____ ja nein
- Plasma-Sterilisator Anzahl: _____ ja nein
- Sonstige Geräte Anzahl: _____ ja nein
- Art: _____

B 2.3 Reinigungs-/Desinfektionsgeräte (RDG) ja nein

Funktionsprinzip:

- thermisch Anzahl: _____ ja nein
- chemisch Anzahl: _____ ja nein
- chemo-thermisch Anzahl: _____ ja nein

C Prozessqualität (betrieblich-organisatorische bzw. personelle Hygienemaßnahmen)

C 1 Hygiene bei der Medizinproduktaufbereitung

(RKI- u. BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“)

Protokoll der Bezirksregierung liegt vor vom _____ ja nein

C 2 Hygieneplan / Desinfektionspläne

C 2.1 Hygieneplan gemäß § 36 Abs. 1 IfSG für die gesamte Einrichtung ja nein

jederzeitiger Zugriff für Personal möglich ja nein

erstellt durch _____

letzte Aktualisierung(en) am/durch _____

Einweisung des Personals in Inhalte bzw. Handhabung des Hygieneplans ja nein

Einweisung durch _____

C 2.1.1. Verfahrensanweisungen vorhanden für:

- Aushang mit Verfahrensanweisungen für das Personal für die Patientenumkleide, Vorbereitung und Einschleusen ja nein
- Verfahrensanweisung und Aushang für chirurgische Händedesinfektion ja nein
- Verfahrensanweisung zur Wartung, Reinigung des Waschplatzes ja nein
- Verfahrensanweisung Sterilgutlager ja nein
- Verfahrensanweisung Abfallentsorgung ja nein
- Beschreibung der Abfallwege ja nein
- Verfahrensanweisung Reinigung und Desinfektion ja nein

C 2.2 Desinfektionspläne

an sichtbaren Stellen ausgehängt ja nein

erstellt durch _____

letzte Aktualisierung(en) am/durch _____

Einweisung des Personals bzgl. Anwendung der Desinfektionspläne ja nein

Einweisung durch _____

Übereinstimmung der angeführten Desinfektionsmittel und –verfahren mit den tatsächlich verwendeten ja nein

Berücksichtigung der Empfehlungen des RKI bei Erstellung/Aktualisierung ja nein

C 3 Organisation der Desinfektionsmaßnahmen

C 3.1 Desinfektionsmittel

Vorhalten von Desinfektionsmittel für:

Hände	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Instrumente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Flächen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Einmalgebinde (Behälter werden nicht nachgefüllt) ja nein

Auswahl nach / von:

VAH – Liste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
RKI – Liste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
nichtgelistete Produkte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Dosierung:

Verfahrensanweisung zur Dosierung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben ja nein

Automatische Dosierung der Desinfektionsmittel ja nein

Dezentrale Einzeldosiergeräte ja nein

Zentrale Dosiergeräte ja nein

Gerätekontrolle (Dosierung/techn. Funktionstüchtigkeit) ja nein

Prüfprotokolle eingesehen ja nein

Prüfstelle	Privatlabor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hygieneinstitut (öffentl.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hersteller	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

Manuelle Dosierung der Desinfektionsmittel ja nein

Dosierhilfen (Beutel, Dosierpumpe) ja nein

C 3.2 Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen

OP-Einheit / Eingriffseinheit:

- Wischdesinfektion (kleinflächige) hygienerelevanter Flächen im OP ja nein
- nach jedem operativen Eingriff ja nein
- in unregelmäßigen Abständen ja nein
- am Ende des OP-Betriebes ja nein
- Einmalaufgaben, Einmalartikel bei Patientenkontakt ja nein

Flächen-/Fußbodendesinfektion

- Regelmäßige Fußbodendesinfektion ja nein
- Anlassbezogene Fußbodendesinfektion ja nein
- Methode: Ein-Eimer-System ja nein
- Zwei-Eimer-System ja nein
- Wechselbezugverfahren ja nein
- anderes System _____
- Aufbereitung von Wechselbezügen/Wischtüchern ja nein
- Interne Aufbereitung ja nein
- Externe Aufbereitung ja nein

Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

- Methode: thermische/chemothermische Desinfektion ja nein
- mit Trocknung ja nein

- Kontrolle des Desinfektionserfolges (z.B. Abdruckuntersuchungen)? ja nein
- Prüfprotokolle vorhanden ja nein
- eingesehen ja nein
- Prüfstelle Privatlabor ja nein
- Hygieneinstitut (öffentl.) ja nein

Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

C 4 Abfallentsorgung

Abfallentsorgung gemäß Richtlinie der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) über die ordnungsgemäße Entsorgung aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (AS = Abfallschlüssel; Stand 2003) ja nein

AS 18 01 01: Entsorgung **spitzer oder scharfer Gegenstände** in stich-, bruchfesten und fest verschlossenen Einwegbehältnissen ja nein

AS 18 01 02: Entsorgung von **Körperteilen, Blutbeutel, Blutkonserven** in geeigneten, sicher verschlossenen Behältnissen Entleerung unter Beachtung hygienischer/infektionspräventiver Erfordernisse (entsprechende Ausgussvorrichtungen) ja nein
 ja nein
 Gekühlte Lagerung bei länger dauernder Aufbewahrung ja nein
 Temperatur _____ °C Lagerungsdauer _____

Verwendung von flüssigkeitsdichten und reißfesten Entsorgungsbehältern für die Abfälle der Einrichtung (Säcke, Tonnen) ja nein

Entsorgungsunternehmen für Abfalltyp _____
 Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

Entsorgungsunternehmen für Abfalltyp _____
 Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

C 5 Hygienesdisziplin

C 5.1 Handhabung des Mund-Nasen-Schutzes

Mund-/Nasenschutz – Tragepflicht in der gesamten OP-Einheit ja nein
 Mund-/Nasenschutz – Tragepflicht nur in den OP-Räumen ja nein
 Erneuerung des Mund-Nasen-Schutzes nach jeder Abnahme ja nein
 Hygienegerechtes Tragen des Mund-/Nasenschutzes (d.h.: vollständiges bedecken von Mund und Nase. Wechsel bei Kontamination oder Befeuchtung) ja nein

C 5.2 Händedesinfektion

- vor Entnahme sauberer Bereichskleidung / des Mund-/Nasenschutzes ja nein
- beim Umgang mit Sterilgut, Einwegartikeln, Injektionen, Infusionen ja nein
- vor invasiven Maßnahmen am Patienten ja nein
- vor Kontakt mit besonders infektionsgefährdeten Patienten ja nein
- vor oder nach Kontakt mit Wunden oder Einstichstellen ja nein
- nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material ja nein
- nach Kontakt mit Patienten von denen Infektionen ausgehen können ja nein
- nach Durchführung von Entsorgungsarbeiten ja nein

C 5.3 Haarschutz

Tragen eines geeigneten Haarschutzes ja nein
 (vollständige Abdeckung der Haare, z.B. Astronauten-Haube)

C 5.4 Schriftliche Anleitungen zu betrieblich-organisatorischen bzw. personellen Hygienemaßnahmen

Einschleusen des Personals ja nein
 Präoperative Patientenvorbereitung bzw. Haut/Schleimhautdesinfektion ja nein
 Chirurgische Händedesinfektion ja nein
 Aufbereitung des OP-Raums zwischen 2 Operationen ja nein
 Sichtbarer Aushang an entsprechenden Stellen/jederzeit zugänglich ja nein

C 6 Aufbereitung von Wäsche

(bestimmungsgemäß unsterile OP-Kleidung als Schutzausrüstung; andere Praxistextilien, die nicht steril sein müssen)

Verwendung von Einwegartikel ja nein
 Verwendung von Mehrwegartikeln ja nein
 eigene Aufbereitung ja nein

Verfahren: _____

Aufbereitung entsprechend der RKI-Richtlinie 4.4.3 ja nein
 Fremdvergabe ja nein

Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

Zertifikat liegt vor ja nein

D Personal- und Patientenschutz**Personenschutz (§§ 5 und 6 ArbSchG, § 15 BioStoffV)**

Gefährdungsbeurteilung mit Feststellung , welche Beschäftigten
 Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung
 (z. B. HBV, HCV, HIV, TBC) ausüben

vorhanden ja nein

Arbeitsmedizinische Untersuchung aller Beschäftigten, die einer Infektionsgefährdung nach § 15 i. V. m. Anhang IV BioStoffV ausgesetzt sind

durchgeführt ja nein

Vorsorgeuntersuchung aller Beschäftigten bereits vor Aufnahme der Tätigkeit

sichergestellt ja nein

Angebot der Schutzimpfung für Beschäftigte

ja nein

Werden Beschäftigte ohne ausreichenden Impfschutz eingesetzt

ja nein

Arbeitsmedizinische Betreuung durch

Name/Anschrift/Tel/Fax: _____

E Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen

Durchführung von Operationen bei Patienten mit Risikopunkten:
 (Pro aufgezählte Kategorie kann 1 Risikopunkt vergeben werden.)

ja nein

- ASA Score >3 (=schwere systemische Krankheit, dekompensierte systemische Krankheit oder moribund),
- Wundkontaminationsklasse kontaminiert oder septisch;
- OP-Dauer >75% der Operationen gleicher Art

Wenn ja, Limit für Durchführung operativer Eingriffe bei

Risikopunkt(en)	1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen

ja nein

Indikator-OP

Arthroskopie
 Varizen-Operationen
 Star-Operationen (grau)
 Adenotomie
 Herniotomie
 Mamma-OP

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

andere: _____

Methode / Erfassung

AMBU-KISS

ja nein

andere: _____

Erfassender / Bewertender:

Operateur
 Hygienefachkraft (extern)
 Hausarzt

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

andere: _____

Maßnahmen zur Sicherstellung des Informationsrückflusses post-op.
an den Operateur zu Komplikationen und Infektionen,
einschließlich 24-Stunden-Erreichbarkeit

ja nein

Maßnahmen zur Ursachenermittlung und Ablaufoptimierung

ja nein

Meldung eines gehäuften Auftretens von nosokomialen Infektionen
an das Gesundheitsamt

ja nein

zuletzt am _____

Service-Anhang

Sicherheit

Notstromeinrichtung

 ja nein

Kapazität ausreichend für die Zeit bis zum Ende jedes Eingriffs
bzw. jeder Operation

 ja nein

an Notstrom angeschlossen: _____

Rettungswege

Einrichtung ist für Feuerwehr/Rettungsdienst zur Übernahme
von Patienten leicht zugänglich

 ja nein

Fluchtwege in der Einrichtung gekennzeichnet

 ja nein

Druckgasflaschen (z.B. Sauerstoff)

 ja nein

gegen Umstürzen gesichert

 ja nein

Warnhinweis auf Türen vor Räumen, in denen Druckgasflaschen
gelagert werden (Unfallverhütungsvorschrift BGV A 8)

 ja nein

Feuerlöscher

 ja nein

Feuerlöscher gewartet

 ja nein

Feuerlöscher gesichert

 ja nein

Arzneimittel-Sicherheit

Regelmäßige Überprüfung des Verwendbarkeitsdatums

 ja nein

durch _____

Kennzeichnung der Gebinde zur Mehrfachentnahme mit dem Anbruchdatum
(z.B. Durchstichfläschen, Tropfenfläschen, Tuben)

 ja nein

Arzneimittelkühlschrank

 ja nein

Min / Max Thermometer

 ja nein

Notfallmanagement

- Notfallarzneimittel zum sofortigen Zugriff an zentraler Stelle
- Instrumentarium zur Reanimation
- EKG-Monitor
- Organisationsplan Patientennotfall, Rufkennung, Telefon, Zuständigkeit
- Fortbildung Personal zu Notfällen
- Organisationsplan Personalnotfälle und Verletzung

 ja nein

 ja nein

 ja nein

 ja nein

 ja nein

 ja nein