

## Beispiel eines Dokumentationsbogens

Basierend auf den Empfehlungen der S-3 Leitlinie zur Sedierung in der Endoskopie, erarbeitet von der DEGEA

<b>Daten der Endoskopieabteilung / Praxis</b>  Kostenstelle: _____ <input type="checkbox"/> Station: _____ <input type="checkbox"/> Amb: _____ <input type="checkbox"/> vorstationär: _____ <input type="checkbox"/> nachstationär _____ <input type="checkbox"/> Elektiv-Eingriff <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Eingriff in Rufbereitschaft	<b>Stammdaten des Patienten</b>  <b>Zeiten des Eingriffs :</b> Aufnahme in Endoskopie: _____ Beginn Vorbereitung: _____ Beginn des Eingriffs: _____ Ende des Eingriffs: _____ Entlassung aus Endoskopie: _____	Art des Eingriffs: _____ Datum: _____ Untersuchungsraum: _____  1. Untersucher: _____ 2. Untersucher: _____ Assistenz: _____ Sedierung durch: _____ Springer: _____
--	---	---

### RISIKOABSCHÄTZUNG DES PATIENTEN – Sign-in:

### VORBEREITUNG DES PATIENTEN

ASA-Klassifikation (I-V)	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Erkrankungen des kardiovaskulären und respiratorischen Systems?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	welche		
Stridor, Schnarchen, Schlaf-Apnoe-Syndrom?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bitte entsprechend markieren		
Zahnlosigkeit, vorstehende Zähne, lockere, abgebrochene Zähne?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bitte entsprechend markieren		
Missbildungen des Mundraums, kleine Mundöffnung (< 3 cm bei Erwachsenen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Komplikationen bei früheren Sedierungen, regionaler und Allgemeinanästhesie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	welche		
Medikamentenallergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	welche		
Allergien z.B. Medikamente, Soja-Eiweiß?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	welche		
Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Infektionen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Aktuelle Medikation und mögliche Medikamenteninteraktionen:					
Regelmäßige Einnahme von Sedativa/Analgetika?					
Zeitpunkt / Art der letzten Nahrungsaufnahme:					

#### Übergabe des Patienten an die Endoskopie (Uhrzeit/Besonderheiten):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Vorbereitung (Raum und Patient) nach Standard: \_\_\_\_\_

#### Abweichung vom Standard (Hilfestellungen, spezielle Vorbereitungen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Schutzkleidung:**       OP-Hemd       Koloskopie-Hose  
**Entnommen und aufbewahrt:**       Zahnprothese       Hörgerät  
 Wertgegenstände : \_\_\_\_\_

**Lagerung:**       Linksseitenlage       Bauchlage  
 Rückenlage       Steinschnittlage

Neutralelektrode angebracht wo: \_\_\_\_\_

**Maßnahmen:**       Mundpflege bei PEG  
 bei perkutanen Eingriffen: Rasur, Hautdesinfektion

**Venöser Zugang:**       rechts       links       ZVK       sonstiges \_\_\_\_\_

**Rachenanästhesie:**       ja       nein

**Vorbereitung durch:** \_\_\_\_\_ **(HZ) wann:** \_\_\_\_\_

**Team Time Out durchgeführt**



**ENDOSKOPISCHER EINGRIFF:**

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Schmerzskaalen:**

VAS= visuelle Analogskala

Keine Schmerzen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stärkste vorstellbare Schmerzen

NRS= Numerische Rating Skala

**Sedierungstiefen (Betreffendes ankreuzen) :**

Mininal	Moderat	Tief	Narkose

**POSTENENDOSKOPISCHE ÜBERWACHUNG**

Übernahme in Überwachungsbereich: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Überwachung durch: \_\_\_\_\_ (Hz)

**Vitalzeichenkontrolle:**     Pulsoximetrie     RR     Puls     EKG     O<sub>2</sub>-Gabe nasal     O<sub>2</sub> Gabe oral Flussrate (l/min):

Minuten	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
RR										
Puls										
O <sub>2</sub> -Sättigung										
Medikamente:										

**Durchgeführte Maßnahmen / Hilfestellungen / Besonderheiten:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ENTLASSUNG und NACHSORGE:**

**Entlassungsstatus:**

- wach     schläfrig, aber weckbar     somnulent
- Vitalfunktionen stabil     orientiert     desorientiert
- Schmerzfreiheit     Keine / minimale Übelkeit
- Gehen ohne Hilfe möglich     Selbstständige Miktion
- Flüssigkeitsaufnahme ohne Schwierigkeiten, was: \_\_\_\_\_
- Nahrungsaufnahme was: \_\_\_\_\_     Nüchtern bis: \_\_\_\_\_
- Rückgabe des Patienteneigentums (siehe Seite 1)

**Entlassungsgespräch durchgeführt von:** \_\_\_\_\_ **wann :** \_\_\_\_\_

- Patient wurde auf typische Anzeichen von Komplikationen hingewiesen
- Nachsorgemerkmblatt** Nr. \_\_\_\_\_ mitgegeben:  Inhalt /Entlassungsgespräch:

**Verlegung** um: \_\_\_\_\_ wohin: \_\_\_\_\_ durch  Transportdienst  
 Pflegedienst

**Nachsorge nach Standard:** \_\_\_\_\_

**Abweichung vom Standard:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nüchtern bis:** \_\_\_\_\_ **Wiedervorstellung:** \_\_\_\_\_

**Entlassung :** um: \_\_\_\_\_ wohin: \_\_\_\_\_  
 in Begleitung von: \_\_\_\_\_ (Name)

**wie:**  Privatwagen     Taxi     Krankenwagen

Ausreichende Nachsorge zu Hause gegeben durch  
 Partner     Eltern     Bekannte

Entlassung um: \_\_\_\_\_ Name /Pflegerperson

