

## Team Time Out für Endoskopische Prozeduren

Adaptiert von der Checkliste der World Health Organisation (WHO)

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>Patient:</b><br>Name / Geburtstag, Patienten ID etc    |   |   |   |   |   |
| <b>Sign in:</b><br>- Übergabe an Endoskopie               | ✓   | <b>Team Time out</b><br>- direkt vor Beginn des Eingriffs                             | ✓   | <b>Sign out</b><br>- Vor Verlegung / Entlassung             | ✓   |
| <b>Die folgenden Kriterien werden geprüft / bestätigt</b> |   | <b>Die folgenden Kriterien werden geprüft / bestätigt</b>                             |   | <b>Die folgenden Kriterien werden geprüft / bestätigt</b>   |   |
| Identifikation des Patienten (Name, Geburtsdatum, Pat-ID) | <input type="checkbox"/>                                  | Team-Vorstellung mit Namen und Aufgaben   | <input type="checkbox"/>                                  | Vollständige Dokumentation inklusive Hinweise für Nachsorge | <input type="checkbox"/>                                  |
| Einverständniserklärung                                   | <input type="checkbox"/>                                  | Identifikation des Patienten (Name, Geburtsdatum, Pat-ID)                             | <input type="checkbox"/>                                  | Präparate versorgt  | <input type="checkbox"/>                                  |
| Alle Dokumente liegen vor (Labor, Befunde, etc.)          | <input type="checkbox"/>                                  | Geplanter Eingriff (Indikation, Fragestellung, etc.)                                  | <input type="checkbox"/>                                  | Patientenzustand dokumentiert (je nach Ausgangszustand)     | <input type="checkbox"/>                                  |
| <b>Risikobewertung:</b>                                   |   |   |   |   |   |
| ASA-Klassifikation/ Komorbidität geprüft                  | <input type="checkbox"/>                                  | Endoskopiker nennt Besonderheiten zum Eingriff?                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |
| Beatmungsprobleme, Kardio-respiratorische Probleme        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Notwendige Instrumente vorhanden / geprüft?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Gab es Probleme beim Eingriff?                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |   |   |
| Infektionen   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Monitoring, Medikamente, Equipment zum Atemwegsmanagement zur Verfügung und überprüft | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Spez. Hinweise zur Nachsorge gegeben?                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Antikoagulantien  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |   |   |
| Glaukom   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Besonderheiten zur Sedierung und Lagerung?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Spez. Hinweise zur Verlegung / Entlassung?                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nüchtern/ Vorbereitung                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |   |   |
| Unterschrift  |   | Unterschrift  |   | Unterschrift  |   |