

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2>Eksempel på sjekklister i bruk i Helse Bergen</h2>
Kategori: Ledelse og styringssystem/Kvalitet og pasientsikkerhet/Dokumentstyring	Gyldig fra/til:03.04.2024/03.04.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 0.06
Godkjenner: Ikke styrt	Informasjon
Dok. ansvarlig: []	Dok.id: D68529

Navn på sjekklister, hvor og hvem som bruker den.

A: Sjekkliste ved medisinsk undersøkelse. Ved endoskopiske prosedyrer som gastroskopi, koloskopi, EUS og ERCP, utføres av endoskopipersonell

Opplysninger fra pasient:		Timeout:	
Pas. har fått informasjon og samtykker til undersøkelse:		Er alle innforstått med plan og prosedyreforløp?	
Fastende/Tømt:		Er nødvendig utstyr på plass og tilgjengelig?	
Blodfortynnende medisin:		Er ev. prosedyrerelaterte komplikasjoner identifisert?	
Hjerte- /lungesykdommer: ICD/PM:		Er det tilstrekkelig antall sykepleiere/leger tilstede?	
Allergi:		Er det tilrettelagt for rask assistanse ved behov?	
Diabetes:			
Grønn stær:			
Hofteoperert/proteser/metall i kroppen:			
Tatovering/Piercing:			
Løse tenner (v/ovre endoskopi):			
Andre sykdommer eller opplysninger som kan være relevant:			
Avdekke behov for transport hjem:			
		Annet:	

B: MR-sjekkliste brukes av henvisende lege og radiograf før pasient kommer inn i MR-rommet ved radiologisk avdeling

Pasientens navn	Rekvirerende lege		
Fødselsnummer	Tlf.nr	dato	
Pasient henvises til følgende MR-undersøkelse:		Dersom pasienten er gravid, vennligst oppgi termin dato	
MR relative kontraindikasjoner			
Har eller har pasienten hatt pacemaker /ICD?	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
Har pasienten mekanisk hjerteklaff/stentgraft operert inn i hjertet?	Ja	nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn.			
Har pasienten intrakranielle vaskulære klips?	Ja	Nei	
Dersom ja, oppgi typenavn og når/hvor inngrepet ble foretatt.			
Har pasienten ventrikuloperitoneal/-atrial (V/P) shunt?	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn.			
Har pasienten nevrostimulator?			
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
Har pasienten cochleaimplantat (CI)?			
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
Har pasienten kjent fremmedlegeme av metall i øyet?	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi hva slags fremmedlegeme			
Nyrestatus			
Har pasienten kjent nyresvikt?	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi eGFR-verdi og dato for prøvetaking			
Generelle opplysninger			
Er pasienten over 130 kg?	Ja	Nei	
Har pasienten metall i kroppen, f.eks proteser, implantater, stent, stentgraft, innoperert insulinpumpe eller splinter?	Ja	Nei	
Dersom ja, spesifiser!			
Har pasienten klaustrofobi?	Ja	Nei	Ukjent
Er pasienten ut av stand til å ligge stille og på rygg?	Ja	Nei	
Er pasienten rullestolbruker /immobil?	Ja	Nei	
Har pasienten kommunikasjonsproblemer eller behov for tolk?			
Dersom ja, spesifiser!			

C: SURPASS. Kirurgisk sjekklister, pre-operativt sjekk utført av operatør, Ortopedi

Sjekkliste Operatør	Ja	Ikke Relevant	Kommentar
Sjekkpunkter			
> Pasient tilsett og informert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operasjonsfeltet tegnet på pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante laboratorieprøver/undersøkelser (for operatør) utført og kontrollert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante bilder på plass og evaluert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leie utfylt korrekt i operasjonsrekvisisjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika- og tromboseprofylakse (NB: medikamentallergi) utfylt korrekt i operasjonsrekvisisjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smitteopplysninger utfylt korrekt i operasjonsrekvisisjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evt blodprodukter bestilt og utfylt korrekt i operasjonsrekvisisjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D: SURPASS. Kirurgisk sjekklister, pre-operativt sjekk utført av sykepleier på post, Nevrokirurgen

Pasient klargjort for inngrep og anestesi i henhold til avdelingens rutiner	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Kommentar
Blodtyping og pretransfusjonsprøve, evt tilleggspøve, reserveblod bestilt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Kommentar (6.2)
Ernæringscreening utført	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Kommentar (6.3)
Pasientidentitet rundt begge håndledd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Kommentar (6.4)
Smykker, ringer, piercing, sminke, neglelakk fjernet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Kommentar (6.5)
Tannproteser	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Kommentar (6.6)
Vekt, BT, puls, SaO2 registrert. Pasient kontrollert for normotemperatur 1 time før operasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Kommentar (6.7)
Støttestrømper er tatt på	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Kommentar (6.8)
Forordnede medikamenter administrert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ikke relevant <input type="checkbox"/> Kommentar (6.9)
Pasienten har latt vannet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ikke relevant (6.10nk) <input type="checkbox"/> Kommentar
Alle dokumenter følger pasient	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Kommentar

E: Trygg kirurgi sjekklister ved operasjonsavdeling, brukes av operasjonsteamet

SJEKKLISTE TRYGG KIRURGI – SEKSJON HH

FORBEREDELSE <i>før innledning av anestesi</i>	TIME-OUT <i>før operasjonsstart</i>	AVSLUTNING <i>før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet</i>
<p style="text-align: center;">ANSVAR: AN.SYKEPLEIER</p> <p>Anestesi-operasjon: An.spl - Op.spl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas.rekvisisjon i ORBIT • Billedinformasjon tilgjengelig • Pasientidentitet bekreftet • Type inngrep, op.felt • Leiring – type, hode, tubeplassering • Allergi, smitte, diabetes • Metall i kroppen, implantat • Op.bord – type, sokkel, bremse på • Vanskelig luftvei: Utstyr, assistanse <p>Anestesi: An.spl – An.lege (2 An.spl)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faste, tannstatus • Vekt og høyde • IV-kanyle innlagt, kontrollert • Pretransfusjonsundersøkelse • Monitorering • Tiltak mot hypotermi • Anestesiapparat, intubasjonsbrikke • Sug virker, sugekateter på • Bougie, reservelaryngoscop • Løs ventilasjonsbag, O2 kolbe • Fjernkontroll bord • Medikamenter avtalt, dobbelkontrollert • Akuttmedisiner tilgjengelig <p>Operasjon: 2 Op.spl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rett utstyr etter prosedyre • Holdbarhetsdato/emballasje ktr • Diatermi-gjennomlysning-sug virker • El.medisinsk utstyre. prosedyre/ORBIT rekvisisjon koblet • Rister scannet • Implantater tilgjengelig • Medikamenter dobbelkontrollert 	<p style="text-align: center;">ANSVAR: OP.SYKEPLEIER</p> <p>Presentasjon team: Navn – funksjon</p> <p>Kirurg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientens navn • Prosedyre, operasjonsfelt/ -side • Leiring godkjent • Kritiske momenter ved inngrepet • Smitte • Blodtap • Varighet • Spesielt utstyr/ekstraproedyrer • NIM • Antibiotikaprofylakse • Tromboseprofylakse • Andre per.opr. medikamenter <p>Anestesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASA • Risikofaktorer <p>Operasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rett utstyr tilgjengelig • Frysessnitt <p>ALT ER KLART</p>	<p style="text-align: center;">ANSVAR: OP.SYKEPLEIER</p> <p>Kirurg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført inngrep • Antibiotikaprofylakse • Tromboseprofylakse • Mobilitetsrestriksjoner • Smitte, isolasjon • Hendelser, utstyr som skal rapporteres <p>Anestesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamenter postoperativt • Blodtrykkgrensener • Blodprøver • Videre informasjon – dren, bandasje, kateter • Armbånd <p>Operasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompresser, tupfere, frimerker, instrumenter • Svelgtampong • Uønskede hendelser eller problemer med utstyr • Blærescanning • Prøvetaking <ul style="list-style-type: none"> • Korrekt merket • Antall

F: SURPASS. Kirurgisk sjekklister, brukes av postoperativ sykepleier ved Postoperativ seksjon

Bevissthetsnivå
Sirkulasjon
Respirasjon
Ernæring, sonde
Medikamenter, inf.væske
Sår, dren, hud
Smitte
Smerte
Blærestatus, eliminasjon
Mobilisering
Laboratorieprøver
Uventet hendelse

Jeg bekrefter at sjekklisten er brukt umiddelbart etter å ha gitt rapport

G: SURPASS. Kirurgisk sjekklister, brukes av sykepleier på post ved utskriving av pasient, Ortopedi

Pasient/pårørende/evt institusjon fått ferdigutfylt utreiseinformasjon-skriv
(sårstell, dusj, aktivitet, antikoagulantia, medisiner, patologisvar, poliklinisk protokoll)

Ja (9.1)

Kommentar (9.1)

Instruksjoner om ernæring forklart pasient/pårørende/institusjon

Ja

Ikke relevant (9.2ot)

Kommentar (9.2)

Sykepleiesammenfatning eller utnotat skrevet
og kopi av medikamentkurver og evt blodprøvesvar
sendes til annen institusjon/sykehus/hjemmesykepleie

Ja (9.3ot)

Ikke relevant (9.3ot)

Kommentar (9.3)