

Naam Patiënt	
Patiënt ID	
Geboortedatum	
Man <input type="checkbox"/>	Vrouw <input type="checkbox"/>
Afdeling:	
Verwijzer :	

CIRSE IR Patient Safety Checklist*



Ingreep:

Datum:

Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

PROCEDURE PLANNING	JA	NEE	N/A
Bespreking met verwijzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeldvorming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante medische voorgeschiedenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informed Consent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CIN Profylaxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specifiek materiaal aanwezig/besteld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuchter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labo test (oa stolling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthesie noodzakelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antico gestopt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuisopname na interventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrastallergie voorbereiding ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIGN IN	JA	NEE	N/A
Voorstelling medisch team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patiënt dossier aanwezig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juiste patiënt / locatie / zijde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patiënt nuchter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV toegangsweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoring vitale parameters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle stolling / labo tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle allergie en/of profylaxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toediening antibiotica / medicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informed consent / complicaties besproken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SIGN OUT	JA	NEE	N/A
Postoperatieve orders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vitale parameters normal tijdens ingreep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicatie en CM genoteerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labo test aangevraagd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stalen + naam opgestuurd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultaat ingreep besproken met patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instructies na ontslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvraag follow-up tests / beeldvorming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afspraak consultatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultaat ingreep besproken met verwijzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Naam:

Handtekening: _____

Naam:

Handtekening: _____

Naam:

Handtekening: _____

* Modified from RADPASS & WHO SURGICAL CHECKLIST