|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam Patiënt  Patiënt ID  Geboortedatum  Man  Vrouw  Afdeling:  Verwijzer : | **CIRSE IR Patient Safety Checklist\***  Ingreep:  Datum: | D:\WorksBlue\Patient Safety Checklist_FINAL.jpg |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROCEDURE PLANNING** | JA | NEE | N/A |  | **SIGN IN** | JA | NEE | N/A |  | **SIGN OUT** | JA | NEE | N/A |
| Bespreking met verwijzer |  |  |  |  | Voorstelling medisch team |  |  |  |  | Postoperatieve orders |  |  |  |
| Beeldvorming |  |  |  |  | Patiënt dossier aanwezig |  |  |  |  | Vitale parameters normal tijdens ingreep |  |  |  |
| Relevante medische voorgeschiedenis |  |  |  |  | Juiste patiënt / locatie / zijde |  |  |  |  | Medicatie en CM genoteerd |  |  |  |
| Informed Consent |  |  |  |  | Patiënt nuchter |  |  |  |  | Labo test aangevraagd |  |  |  |
| CIN Profylaxie |  |  |  |  | IV toegangsweg |  |  |  |  | Stalen + naam opgestuurd |  |  |  |
| Specifiek materiaal aanwezig/besteld |  |  |  |  | Monitoring vitale parameters |  |  |  |  | Resultaat ingreep besproken met patiënt |  |  |  |
| Nuchter |  |  |  |  | Controle stolling / labo tests |  |  |  |  | Instructies na ontslag |  |  |  |
| Labo test (oa stolling) |  |  |  |  | Controle allergie en/of profylaxie |  |  |  |  | Aanvraag follow-up tests / beeldvorming |  |  |  |
| Anesthesie noodzakelijk |  |  |  |  | Toediening antibiotica / medicatie |  |  |  |  | Afspraak consultatie |  |  |  |
| Antico gestopt ? |  |  |  |  | Informed consent / complicaties besproken |  |  |  |  | Resultaat ingreep besproken met verwijzer |  |  |  |
| Ziekenhuisopname na interventie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Contrastallergie voorbereiding ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam: | Naam: | Naam: |
| Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **\* Modified from RADPASS & WHO SURGICAL CHECKLIST** |  |