



INFILTRATIONSprotokoll

Abteilung für Orthopädie und spezielle orthopädische Chirurgie • Krankenhaus Berchtesgaden • Locksteinstr. 16 • D-83471 Berchtesgaden • Tel.: 08652/ 57- 3000 • Fax.: 08652/ 57- 3010

PATIENT

Name	Diagnose
	Datum

Aufklärung/ Vorbereitung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ablauf | <input type="checkbox"/> Strahlenbelastung |
| <input type="checkbox"/> Möglichkeiten | <input type="checkbox"/> Nachbehandlung/ Verhalten nach d. Prozedur |
| <input type="checkbox"/> Blutungen, Hämatome | |
| <input type="checkbox"/> Infekt, Abszess | <input type="checkbox"/> Kontrolle Lokalbefund |
| <input type="checkbox"/> Allergische Reaktion | <input type="checkbox"/> Bildgebende Diagnostik vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen/ Parästhesien | <input type="checkbox"/> Neurologische Diagnostik vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikationen | <input type="checkbox"/> Labor vorhanden (Leukos, Quick, Crp) |

Einwilligung

Über die Prozedur, Ablauf, mögl. Nebenwirkungen und Risiken sowie über das Verhalten nach dem Eingriff wurde ich umfassend informiert und habe keine weiteren Fragen. Nach ausreichender Bedenkzeit willige ich in den folgenden Eingriff ein:

Notizen

<input type="checkbox"/> ISG- Infiltration <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.
<input type="checkbox"/> Facettenblockade <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.
<input type="checkbox"/> Periradikuläre Infiltration <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re.
<input type="checkbox"/> Epidural- kaudale Infiltration
<input type="checkbox"/> Intrathekale Infiltration
<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> Unterschrift Arzt
<input type="checkbox"/> Unterschrift Patient

Infiltration

<input type="checkbox"/> Pat. identifiziert	PROZEDUR
<input type="checkbox"/> Indikation gegeben	<input type="checkbox"/> komplikationsloser Ablauf <input type="checkbox"/> Bildwandler
<input type="checkbox"/> Gerinnung geprüft	<input type="checkbox"/> Inj. Medikament (pro Segment/Seite):
<input type="checkbox"/> Allergien geprüft	<input type="checkbox"/> Triamcinolonum <input type="checkbox"/> 20mg <input type="checkbox"/> 40mg
<input type="checkbox"/> Venöser Zugang	<input type="checkbox"/> Ropivacainum <input type="checkbox"/> 2mg/ml <input type="checkbox"/> 7,5mg/ml
<input type="checkbox"/> Notfallwagen/ 02 in Bereitschaft	<input type="checkbox"/> Scandicainum
<input type="checkbox"/> Bilder Rtg/Mrt vorhanden	<input type="checkbox"/> Bupivacainum
	<input type="checkbox"/> Anderes
	<input type="checkbox"/> Komplikationen aufgetreten
 <input type="checkbox"/> Abbruch
	<input type="checkbox"/> Prozedur dokumentiert/ kodiert

Procedere

Kontrolle auf Station:	<input type="checkbox"/> Andere Anordnungen
<input type="checkbox"/> Puls <input type="checkbox"/> Blutdruck <input type="checkbox"/> Monitor
<input type="checkbox"/> Bettruhe <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> 24h
<input type="checkbox"/> Aufstehen nur mit Pflegepersonal
<input type="checkbox"/> Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Unterschrift Arzt