

Checkliste Mamma OP-Planung präoperativ

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

<input type="checkbox"/>	Basisfragebogen med. Genetik und Stammbaum (BCN) ausgefüllt			
<input type="checkbox"/>	Triple-Diagnostik angeboten			
<input type="checkbox"/>	Anamnese	<input type="checkbox"/>	HRT	
<input type="checkbox"/>	Status:	Grösse:	Gewicht:	BMI:
<input type="checkbox"/>	Eigene Medikamente verordnet			
<input type="checkbox"/>	OP-Anmeldung erfolgt für			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> präop. Markierung <input type="checkbox"/> US ad OPs <input type="checkbox"/> Mx-Ausdruck <input type="checkbox"/> Präparatediagraphie			
<input type="checkbox"/>	Präoperative Sprechstunde (C1) geplant am			
<input type="checkbox"/>	Operationsaufklärung durchgeführt		<input type="checkbox"/> OP-Assistenz Zuweiser/-in	
<input type="checkbox"/>	Versicherungsstatus			
<input type="checkbox"/>	Betadine Ovulum			
<input type="checkbox"/>	Thromboseprophylaxe LMH			
<input type="checkbox"/>	Blutentnahme		<input type="checkbox"/> Tumormarker	
<input type="checkbox"/>	Urinstatus		<input type="checkbox"/> SST	
<input type="checkbox"/>	Telefon Angehörige		<input type="checkbox"/> Tel. nach OP	
<input type="checkbox"/>	Name:		Verhältnis:	
<input type="checkbox"/>	Nummer:			
<input type="checkbox"/>	Patientenverfügung		Reanimation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nur IPS	
<input type="checkbox"/>	Zwei Konsultationen BCN angeboten:			
<input type="checkbox"/>	1. Datum		2. Datum	
<input type="checkbox"/>	Einverständnis Tumorboardvorstellung erhalten			<input type="checkbox"/> Broschüren erhalten
<input type="checkbox"/>	Information / Hinweis Rechte der Patienten / Angehörige			

✓ durchgeführt/instruiert/ja/gesehen ∅ nicht benötigt/nein