

Checkliste Katheterintervention

Patient(in):

Untersuchungstag:

Geburtsdatum:

Station:

Vorbereitungspunkt	Kommentar	o.k.
Einverständniserklärung	Aufklärungsgespräch mit Patient am Vortag (ausser Notfall) erfolgt, ärztlicherseits dokumentiert und von Patient(in) mit Datumsangabe am Vortag unterschrieben	
Routinelabor : kl. BB, K, Na, Crea, Hst, TSH basal, Quick, INR, PTT auf errechnete Creatinin-Clearance achten	möglichst ein Tag vor Intervention <u>Dialysepatienten:</u> auf Kaliumwert achten, evtl. Dialyse vor Intervention -im Zweifel bitte Rücksprache <u>Markumarpatienten</u> : INR auf Wert um 2.0 einstellen - soweit vertretbar - ansonsten bitte Rücksprache <u>Metformin-Einnahme :</u> normale Nierenfunktion: Pause eingeschränkte Nierenfunktion: Pause und Rücksprache Angiologie (Dr. Frank, 6303) oder Radiologie (Dr. Lütolf, 6450 / PD Dr. Böhm, 6451)	
Praehydrierung bei eingeschränkter Nierenfunktion Crea-Clearance \leq 50 ml/min	soweit möglich oral mit mindestens 2 l/d am Tag vor Intervention (mit 2 x 600 mg ACC kombinieren) am Untersuchungstag über Infusion (NaCl 0.9 %) fortsetzen	
Thrombozytenaggregationshemmer Standarddosen bei Dauereinnahme: ASS 100 mg Clopidogrel 75 mg	<u>einfache PTA:</u> ein Medikament ausreichend <u>komplexe Intervention</u> (Mehretagenproblem, Diabetes) : Kombination ASS+Clopidogrel <u>Loadingdose (ASS/Clopidogrel) falls vorher keine Einnahme</u> <u>ASS</u> Loading-dose : 400 mg ASS (ASS+Vit C Br.Tbl.) <u>Clopidogrel</u> Loading-dose : 600 mg (8Tbl)	
venöser Zugang	gut fixiert am Unterarm (mindestens rosa Viggo) Infusion mit 1000 ml NaCl 0.9 % anhängen (40-60 ml/h) (bei Dialysepatient Menge reduzieren)	
Kontrastmittelallergie / Lokalanästhetica-Allergie	falls bekannt, bitte rechts ankreuzen bei Hochrisiko-Patienten Rücksprache wg. Anaesthesie	
Patient pflegerisch vorbereitet	Wasser gelöst, entkleidet, Transport im Bett mit Spitalhemd Watteschuh / Rooke-Boot /Lagerungshilfe mitgegeben	
Diabetiker	Insulindosis an reduzierte / pausierte Nahrungszufuhr anpassen - Blutzucker kontrollieren - bitte Information falls BZ $<$ 100 $>$ 250 mg/dl	
Patientenunterlagen beigelegt	KG, Kardex, Printerkarte, Einverständniserklärung von Patienten unterschrieben	

 verantwortliche(r) Stationsarzt/ärztin :
 (bitte lesbare Unterschrift oder Stempel)

Sucher: * 80 -