

SQS 1

Qualitätssicherungssystem für stationäre Operationen

Arztteil/Operateur		Interne Nummer:	
Allg. Dokumentation	Diagnose (ICD10 - Code)	Patientendaten	
Lfd. OP-Nr. <input type="text"/>	Hauptdiagnose 1. <input type="text"/> . <input type="text"/>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	
OP-Datum <input type="text"/>	Nebendiagnose 2. <input type="text"/> . <input type="text"/>	Geburtsjahr: <input type="text"/>	
	Nebendiagnose 3. <input type="text"/> . <input type="text"/>		
	Nebendiagnose 4. <input type="text"/> . <input type="text"/>		

Medizinische Risikofaktoren

<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung
<input type="checkbox"/> Respirationstrakt	<input type="checkbox"/> Erhöhtes Thromboserisiko
<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Diabetes (behandlungspflichtig)
<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Sonstige Stoffwechselstörungen
<input type="checkbox"/> Krampfleiden	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Dringlichkeit des Eingriffs

Planbar, elektiv
 Dringlich (binnen 7 Tagen)
 Notfall (binnen 24 Stunden)

CDC-Klassifikation

Wundkontaminationsklasse:
 Aseptisch
 Bedingt aseptisch
 Kontaminiert
 Septisch

Komplikationen intraoperativ

<input type="checkbox"/> Blutung	<input type="checkbox"/> Technisch/Instrumentell
<input type="checkbox"/> Nervenläsion	<input type="checkbox"/> Abbruch der geplanten OP
<input type="checkbox"/> Gewebläsion	<input type="checkbox"/> Erweiterung der geplanten OP
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Second Opinion: Ja Nein
 Primäreingriff: Ja Nein
 Histologie entnommen: Ja Nein
 Diagnose intraop. bestätigt: Ja Nein

Ärztliche Assistenz: 0 1 2 3
 Nichtärztliche Assistenz: 0 1 2 3

Therapie (OPS -Code)

1. - . 2. - .

3. - . 4. - .

Studienfeld: A B C D E F
 (frei verwendbar)

OP-Organisation

Einleitungszeit: Minuten
 (bis Beginn Lagerung)

OP-Blockierungszeit: Minuten (Pat. im OP-Saal bis Verlassen des OP-Saals)

Schnitt-Naht-Zeit: Minuten

Zeit im Aufwachraum: Minuten

Arztteil/Anästhesist **Interne Nummer:**

Untersuchung/Befunde (Labor, EKG etc.)

Zuweisender Arzt/Hausarzt Krankenhaus

Aufklärung: Am OP-Tag Vor dem OP-Tag

ASA-Klassifikation:
 I II III IV V

Perioperative Medikation

Prä- Intra- Post-OP	Prä- Intra- Post-OP
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Analgetika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antibiotika
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antikoagulantien
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antihypertensiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anticholinergika
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antihypotensiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O ₂ -Insufflation
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sedativa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Infiltration OP-Gebiet)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	

Anästhesiedurchführung

Durchführung: Anästhesist Operateur

Ärztliche Assistenz: Ja Nein

Nichtärztliche Assistenz: Ja Nein

Komplikationen intraoperativ*

	1	2	3	4		1	2	3	4
Herz-Kreislauf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Medikamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Respirationstrakt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Techn. Probleme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspiration	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sonstiges	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Art der Anästhesie

<input type="checkbox"/> Intubationsnarkose	<input type="checkbox"/> Spinalanästhesie
<input type="checkbox"/> Maskennarkose	<input type="checkbox"/> Epiuralanästhesie
<input type="checkbox"/> Larynxmaske	<input type="checkbox"/> Plexusanästhesie
<input type="checkbox"/> Stand by	<input type="checkbox"/> Lokalanästhesie
<input type="checkbox"/> iv.- Block	<input type="checkbox"/> Nervenblockade
	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Beschwerden im Aufwachraum*

	1	2	3	4		1	2	3	4
Übelkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kopfschmerzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erbrechen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kreislaufprobleme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wundschmerzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Atmung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muskelschmerzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Allerg. Reaktion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Halsschmerzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Harnverhalt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Legende Komplikationen/Beschwerden: 1 = ohne Bedeutung für Betreuung im AWR, nur geringe Intervention; 2 = klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, keine Bedeutung für Verlegung auf Station; 3 = klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, verlängerte Verweilzeit im AWR; 4 = klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, Verlegung auf Intensiv- oder Wachstation

Liebe Patientin, lieber Patient! Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Deshalb lassen wir unsere Qualität von unseren Patienten beurteilen. Bitte füllen Sie den Bogen zwei Wochen nach Ihrer Operation vollständig und genau aus. Alle Angaben werden streng anonym erfasst und fließen ausschließlich in eine statistische Gesamtauswertung ein. Helfen Sie bitte mit, durch Ihre Meinung und Rückantwort die Qualität unserer Operationen weiter zu verbessern. Vielleicht kommt es Ihnen beim nächsten Eingriff schon selbst zugute.

Zahlenfelder bitte so ausfüllen: z.B. Arbeitsunfähigkeit vor der Operation: Tage.

Sonstige Fragen mit einem Kreuz markieren:

1. Betreuung	2. Krankenversicherung	3. Wie lange waren Sie arbeitsunfähig?
Sind Sie alleinstehend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> Selbstzahler	Arbeitsunfähigkeit vor der Operation: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Tage Arbeitsunfähigkeit nach der Operation: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Tage

4. In welchem Arbeitsverhältnis befinden Sie sich zur Zeit?

Angestellt
 Selbständig
 Beamtin/er
 Rentner/in
 Hausfrau/mann
 Ausbildung
 Arbeitslos

5. Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Herz-Kreislauf, Lunge, Fitness) vor der Operation?

Sehr gut
 Gut
 Mittel
 Schlecht
 Sehr schlecht

6. Wie sehr fühlten Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrem gewohnten Lebensstil beeinträchtigt?

Gar nicht
 Gering
 Mittel
 Stark
 Sehr stark

7. Wie sind Sie auf uns/unsere Klinik aufmerksam geworden?

Vorerfahrung
 Telefonbuch
 Überweisung durch den Arzt
 Sonstiges
 Internet
 Branchenbuch
 Empfehlung (z.B. Freunde, Bekannte)

Bitte bewerten Sie die folgenden Fragen nach Ihrem eigenen persönlichen Empfinden:

Wie zufrieden waren Sie mit dem Operateur?	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
8. Verständliche Erklärung der Diagnose (Erkrankung)	<input type="checkbox"/>				
9. Erklärung der Operation und des Operationsablaufs	<input type="checkbox"/>				
10. Aufklärung über Risiken sowie Vorteile durch den operativen Eingriff	<input type="checkbox"/>				
11. Betreuung nach der Operation bis zur Entlassung	<input type="checkbox"/>				
12. Information über die weitere Behandlung nach der Entlassung (z.B. Verbandswechsel, notwendige Medikamente, Krankengymnastik etc.)	<input type="checkbox"/>				
13. Zeit für offene Fragen vor der Operation	<input type="checkbox"/>				
14. Zeit für offene Fragen nach der Operation	<input type="checkbox"/>				
	Ja, genug	Zu wenig	Keine		
Wie zufrieden waren Sie mit dem Narkosearzt?	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
15. Aufklärung über Art und Ablauf der Narkose	<input type="checkbox"/>				
16. Aufklärung über Risiken durch die Narkose	<input type="checkbox"/>				
17. Wie gut konnte Ihnen der Arzt die Angst vor der Narkose nehmen?	<input type="checkbox"/>				
18. Zeit für offene Fragen zur Narkose	<input type="checkbox"/>				
	Ja, genug	Zu wenig	Keine		
Wie zufrieden waren Sie mit der Klinik?	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
19. Sauberkeit und Hygiene Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>				
20. Sauberkeit und Hygiene der gesamten Station	<input type="checkbox"/>				
21. Qualität des Essens	<input type="checkbox"/>				
22. Einrichtung und technische Ausstattung Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>				

Bitte wenden

Waren Sie mit dem Pflegepersonal auf Station zufrieden?

	Ja, immer	Meistens	Selten	Nie
23. War das Pflegepersonal freundlich und hilfsbereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hatte das Pflegepersonal ein »offenes Ohr« für Ihre Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bekamen Sie die notwendigen Hilfestellungen? (z.B. Erstes Aufstehen, Waschen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Bekamen Sie bei Bedarf ausreichend Schmerzmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wie lange mussten Sie nach Betätigung der Glocke in der Regel auf das Pflegepersonal warten?	<input type="checkbox"/> Gar nicht (< 2 Minuten)	<input type="checkbox"/> Kurz (2-5 Minuten)		
	<input type="checkbox"/> Zu lang (5-10 Minuten)	<input type="checkbox"/> Viel zu lang (> 10 Minuten)		

28. Mit wie vielen Patienten waren Sie in einem Zimmer untergebracht?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> > 2
29. Hatten Sie die notwendige Ruhe auf Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Auf welcher Station waren Sie?	Ja	Tagsüber nicht	Nachts nicht	Überhaupt nicht

Die folgenden Fragen betreffen den Ablauf an dem Tag Ihrer Operation:

31. Wie lange mussten Sie vom geplanten OP-Termin bis zum tatsächlichen OP-Beginn warten? Minuten

32. Waren Sie kurz vor Ihrer Operation ruhig und entspannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
33. Haben Sie sich nach Ihrer Operation im Aufwachraum gut versorgt gefühlt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
34. Hatten Sie die nötige Ruhe während Ihrer Erholungsphase im Aufwachraum?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
35. Waren Sie am Tag der Operation ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Hatten Sie nach der Operation Beschwerden durch: (Bitte markieren Sie das Kästchen, das Ihre Beschwerdestärke am besten beschreibt)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
36. Übelkeit	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
37. Kreislaufprobleme	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
38. Schlafprobleme	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
39. Kopfschmerzen	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
40. Halsschmerzen	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
41. Muskelschmerzen	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
42. Wundschmerzen bis zum 3. Tag	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
43. Wundschmerzen nach dem 3. Tag	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
44. Schwellung über den 5. Tag hinaus	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
45. Schwierigkeiten beim Stuhlgang	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										
46. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	Unerträglich										

Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Komplikationen:

47. Entzündung der Wunde: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	48. Thrombose: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	49. Bluterguss/Nachblutung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Medikamente/Antibiotika <input type="checkbox"/> Spülung <input type="checkbox"/> Operation notwendig	Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Sonstige	Behandlung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Salbenverband <input type="checkbox"/> Punktion <input type="checkbox"/> Operation notwendig

50. Mussten Sie notfallmäßig nach Ihrer Entlassung einen anderen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen? Ja Nein

51. Wie lange war Ihr stationärer Aufenthalt?	<input type="text"/> <input type="text"/> Tage
52. Wie empfanden Sie die Dauer Ihres stationären Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> Zu kurz <input type="checkbox"/> Genau richtig <input type="checkbox"/> Zu lang
53. Würden Sie sich wieder von unserem Team operieren lassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
54. Würden Sie die Klinik weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein