

Checkliste radiologischer Interventionen

Angiographie

Gerät: DSA 2 / 5 / Hybrid-OP

Patient (Name, Vorname)	Geburtstag	Station	Betreuender Arzt, Tel.
Pat. wird betreut von: <input type="checkbox"/> Station <input type="checkbox"/> ZIRN			Größe
			Gewicht

Indikation besprochen mit: _____

Vorbilder (CT/MRT/Angio): intern extern nicht vorhanden
 Datum: _____

Lagerung: Rückenlage
 Zugang: rechte Leiste linke Leiste transbrachial
 LI RE

Labor vom: _____
 Quick (TPZ): _____
 INR: _____
 PTT: _____
 Thrombos: _____
 Fibrinogen: _____
 Kreatinin: _____
 TSH*: _____ *nicht älter als ½ Jahr

Vorerkrankungen: Diabetes, Metformineinnahme: JA NEIN
 Hyperthyreose, ungeklärte SD-Situation: JA NEIN
 Gerinnungsstörung: JA NEIN
 Gerinnungsstörende Medikamente: JA NEIN
 Kontrastmittelallergie: JA NEIN

Bemerkungen: _____

Aufklärung am _____ durch _____ Unterschrift _____

Untersuchung am _____ durch _____ Unterschrift _____

Befundbesprechung am _____ durch _____ mit _____