

Checkliste radiologischer Interventionen

Embolisation

Gerät: DSA 2 / 5

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): intern extern nicht vorhanden
 Datum: _____

Lagerung: Rückenlage
 Zugang: rechte Leiste linke Leiste

Embolisat: PVA Beads Lipiodol
 Medikament: Doxorubicin Irinotecan Mitomycin

Labor vom: _____
 Quick (TPZ): _____
 INR: _____
 PTT: _____
 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
 Z.n. Cholezystektomie: JA NEIN

Bemerkungen: _____

Aufklärung am _____ durch _____ Unterschrift _____

Untersuchung am _____ durch _____ Unterschrift _____

Nachkontrolle am _____ mittels _____, angemeldet durch _____
 (1. Kontrolltermin am folgenden Werktag; CT mit KM, bei Lipiodol zusätzlich nativ)