

Selbstauskunftsbogen für
Einrichtungen des ambulanten Operierens
und anderer invasiver Eingriffe

Name der Einrichtung:	
------------------------------	--

Anschrift:	
-------------------	--

PLZ/Ort:	
-----------------	--

Telefon:	
-----------------	--

Email:	
---------------	--

Personal

Name der/des operierenden Ärztin/Arztes und Fachrichtung Bei mehr als 3 Angaben bitte als gesonder- te Liste beifügen	
Anzahl des nichtärztlichen Personals	

Gemäß der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO NRW) ist ein beratender Krankenhausthygieniker sowie eine beratende Hygienefachkraft gefordert. Verfügt Ihre Einrichtung über eine/n		
Beratenden Krankenhaushygieniker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Betreuung durch eine Hygienefachkraft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hygieneplan

Existiert in der Einrichtung ein Hygieneplan ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Existiert in der Einrichtung ein Reinigungs- und Desinfektionsplan ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Reinigungs- und Desinfektionsplan ausgehängt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Welche Eingriffe werden durchgeführt?

Operative Eingriffe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kleinere invasive Eingriffe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Invasive Untersuchungen u. vergleichbare Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Aufzeichnung und Bewertung nosokomialer Infektionen (NI) / Multiresistenzen

Erfolgt eine Surveillance von NI/Resistenzen und Multiresistenzen gem. § 23 des Infektionsschutzgesetzes ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Über welche Räumlichkeiten verfügt die Einrichtung?

Befinden sich im Praxisbereich :		
getrennte Sanitäreinrichtungen für Personal und Patienten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufenthaltsraum / Teeküche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umkleideraum mit unrein / rein - Trennung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raum bzw. Platz zur Instrumentenaufbereitung / Sterilisation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Putzmittelraum, ggf. Schrank?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raum zur Entsorgung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lager zur Bevorratung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Behandlungsräume?		

Wenn ambulante Operationen durchgeführt werden, ist die OP-Abteilung vom Praxisbereich getrennt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Existiert / existieren:		
separater Eingriffsraum / OP?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Eingriffsräume oder Op's?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chirurgischer Handwaschplatz außerhalb des OP-Raumes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sanitäreinrichtungen im Op - Bereich für: Personal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sanitäreinrichtungen im Op - Bereich für: Patienten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
eine Personenschleuse rein / unrein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ein Patientenruheraum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ein unreiner Arbeits- bzw. Entsorgungsraum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ein Mitarbeiteraufenthaltsraum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist eine raumluftechnische Anlage vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, erfolgt eine jährliche Überprüfung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Letzte Überprüfung am:		

Händedesinfektion / Händereinigung

Sind die in der Einrichtung vorhandenen Waschbecken ausgestattet mit:		
Desinfektionsmittelspender	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Handtuchspender	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seifenspender	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist das verwendete Händedesinfektionsmittel in der VAH – Liste genannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden Originalgebinde verwendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haut- / Schleimhautdesinfektion / Antisepsis

Ist das verwendete Hautdesinfektionsmittel in der VAH – Liste genannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden Originalgebinde verwendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name des Mittels:		
Werden zur Hautdesinfektion Einmaltupfer aus Vorratsbehältern verwendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche/s Mittel wird für Schleimhäute benutzt?		
Stehen für invasive Eingriffe / ambulante Operationen sterile Tupfer zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Flächenreinigung und -desinfektion

Die Reinigung und Desinfektion erfolgt durch		
Eigenes Personal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fremdfirma, falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist für die desinfizierende Reinigung ein VAH-gelistetes Mittel vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Konzentration:	Einwirkzeit:
Die Dosierung erfolgt		
Manuell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durch ein Dosiergerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die Flächendesinfektion erfolgt als		
Scheuer-Wisch-Desinfektion?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sprühdesinfektion?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kommt ein Wechselmopsystem für die Fußböden zur Anwendung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie erfolgt die Aufbereitung dieses Materials?		

Sind für die Patientenliegen Einmalaufgaben vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Erfolgt eine Zwischenreinigung/-desinfektion der patientennahen Flächen zwischen den Eingriffen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erfolgt eine Schlußreinigung/-desinfektion am Tagesende?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Instrumentenaufbereitung

Wird ausschließlich Einwegmaterial verwendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird Einwegmaterial aufbereitet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wie werden benutzte Instrumente / Geräte aufbereitet?		
manuell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ultraschall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
maschinell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erfolgt die Instrumentenaufbereitung extern (Fremdvergabe)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durch wen erfolgt die Aufbereitung bei Fremdvergabe?		

Bei eigener manueller Aufbereitung:		
Ist das Instrumentendesinfektionsmittel VAH-gelistet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Konzentration:	Einwirkzeit:
Stehen Dosierhilfen zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Instrumentenwanne mit Deckel vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei eigener Aufbereitung im Ultraschall :		
Wird ein VAH-gelistetes Instrumentendesinfektionsmittel benutzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist dieses für die Anwendung im Ultraschall geeignet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Konzentration:	Einwirkzeit:

Bei eigener maschineller Aufbereitung:		
Programm:	Zeitdauer:	Temperatur:
Eingesetztes Mittel lt. Herstellerempfehlung:		
Erfolgt die Kontrolle des Reinigungs- und Desinfektionsautomaten halbjährlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Letzte Überprüfung vom:		
Wo erfolgt die Aufbereitung des Instrumentariums?		
Sind reine und unreine Zonen definiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Qualifikation hat das Personal?		
Wird das Personal regelmäßig geschult?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wie erfolgt die Aufbereitung von Anästhesiezubehör?		
Manuell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Maschinell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erfolgt nach jedem Patienten eine Aufbereitung von		
Stethoskopen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutdruckmanschetten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ultraschallköpfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Elektroden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Werden Sauerstoffinhalationsgeräte benutzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Erfolgt eine eigene Endoskopaufbereitung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie:		
Manuell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Manuell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wo und wie erfolgt die Lagerung der Endoskope nach der Aufbereitung?		
Erfolgt eine routinemäßige mikrobiologische Überprüfung der Endoskope?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, letzte Untersuchung vom:		
Erfolgt bei maschineller Endoskopaufbereitung eine Validierung der Maschine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Datum der letzten Validierung:		

Sterilisation

Befindet sich ein Sterilisator in der Einrichtung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welches Sterilisationsverfahren wird angewandt:		
Erfolgt bei maschineller Endoskopaufbereitung eine Validierung der Maschine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dampfsterilisation: (121° C – 15 Min. / 126° C – 10 Min. / 134° C – 3 Min.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Heißluftsterilisation: (180° C – mind. 30 Min. / 160° C – mind. 200 Min.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erfolgt eine Dokumentation der Sterilisation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tagebuch/autom. Aufzeichnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chargenkontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sterilisationsdatum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Täglicher Bowie & Dick-Test	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Werden halbjährliche Kontrollen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden Kontrollen nach 400 Chargen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden die Kontrollen mittels Bioindikatoren (Sporenpäckchen) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, letzte Kontrolle vom:		
Erfolgt eine regelmäßige technische Wartung (mind. jährlich)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Welche Art der Verpackung wird genutzt?		
Erfolgt eine geschützte Lagerung des Sterilgutes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Umgang mit Medikamenten und Materialien

Werden die Medikamente im Medikamentenschrank bzw. Medikamentenkühlschrank aufbewahrt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ein Medikamentenkühlschrank vorhanden ist: Ist dieser mit einem Min-Max-Kühlschrankthermometer versehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird die minimale/maximale Temperatur dokumentiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden Lebensmittel im gleichen Kühlschrank mitgelagert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind angebrochene Medikamente mit Anbruchsdatum versehen und ordnungsgemäß verschlossen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erfolgt eine geschützte Aufbewahrung von sterilem Einwegmaterial (Kanülen, Spritzen etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Schutzkleidung / Wäsche

Durch wen und wo erfolgt die Aufbereitung der Schmutzwäsche (Dienst-/Arbeitskleidung, Schutzkleidung, ggf. textile Auflagen u.dgl.)?		
Dienst-/Arbeitskleidung:		
Privat Zuhause	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Externer Dienstleister	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn externer Dienstleister, bei welchem:		
Schutzkleidung:		
Privat Zuhause	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Externer Dienstleister	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn externer Dienstleister, bei welchem:		

Abfallentsorgung

Werden Kanülen und Einwegspritzen in bruch- und durchstichsicheren Behältern abgeworfen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entspricht Ihre Abfallentsorgung den Richtlinien der Länder Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Betriebsarzt

Ist eine betriebsärztliche Betreuung vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ort _____ Datum _____ Unterschrift und Stempel