

## Gemeinsame Verfahrensanweisung Operations-Schema für Arzt- und Pflegedienst betreffend Gynäkologie, Senologie, Plastische Chirurgie, Frauenklinik Luzern

**Erarbeitung:**

Ivo Fähnle, Leitender Arzt FKL  
Silvia Steiger, Pflegeexpertin Stufe 2  
Ines Vaz, Oberarzt FKL  
Kathrin Schwedler, Leitende Ärztin Brustzentrum  
Lotti Lauk, APN 2 / BCN  
Katrín Hübsch, APN 1/ BCN  
Luam Tekie, Teamleitung Gynäkologie  
Corina Felder, Pflegefachfrau HF  
Tanja Wiss, PEx1, Gynäkologie

**Vernehmlassung:**

Prof. A. Günthert, Chefarzt FKL  
Susanne Bucher, Co-Chefärztin, Leiterin Brustzentrum  
Corina Christmann, Leitende Ärztin, Leiterin BBZ  
Irene Durrer, Abteilungsleiterin Gynäkologie  
Cornelia Gubser, Leitung Pflege

Datum: 07.05.2018

Erstellt: Silvia Steiger/ Ivo Fähnle, Leitender Arzt FKL

# 1a) Laparoskopien (Lagerung G2 "LSC SSL")

# Tätigkeiten Arztdienst

Aufgaben	Salpingektomie zur Unterbindung	Zystenenukleation / Adnexektomie benigne	Adnexektomie suspekt	Endometriose	Hysterektomie benigne	HE suspekt / maligne, ev. mit Lymphonodektomie ggf. Omentektomie, Appendektomie (aufwändig, 4-5 Zugänge)
<b>Präop. Sprechstunde</b> A = Anamnese B = Befunde	Kosten (Selbstzahlerleistung) Alternativen besprechen	A: genaue Symptomatik B: genauer TVUS mit Dopp- ler. IOTA-Kriterien!  SILS anbieten	A: genaue Symptomatik B: genauer TVUS mit Dopp- ler. IOTA-Kriterien! Ev. ROMA-Index  SILS anbieten	A: Indikation (genaue Symptomatik!), bisherige Therapien bzw. Voroperati- onen, Kinderwunsch B: ausführliche Untersu- chung! → siehe Blaubuch "Endometriose- Sprechstunde"	A: Indikation, Voroperati- onen, B: TVUS mit Grössenangab- en (schnellwachsende bzw.. postmenopausal wachsende Myome mit Vd..a. Sarkom), letzter PAP-Abstrich Nierenultrasonographie	A: Indikation (AGU), Anamnese B: klinische Untersu- chung, TVUS, Nierenul- trasonographie
<b>Aufklärung</b>	Salpingektomie empfehlen. Kein erhöhtes OP-Risiko, kein erhöhtes Risiko für Reduktion Ovarialreser- ve, Protektion vor (seltenen) serösen high grade Adenkarzino- men vom Fimbrientrichter ausge- hend.	Zystenenukleation: Adnexektomie falls unum- gänglich	In der Regel kein Schnell- schnitt da sowieso zweizei- tiges Vorgehen nötig. Even- tuelle Zweit-Operation falls Borderline / maligne.	Genaues Festlegen des operativen Procedere (Blase, Darmsanierung, Anus praeter)	mit/ohne Salpingektomie Verletzung angrenzender Organe (Ureter, Blase, Darm) Risiko Morcellieren bei malignen Befunden (Morcellement im Bag), Vaginalstumpfdehiszenz	Verletzung angrenzen- der Organe (Ureter, Blase, Darm, Nerven und Gefässen), Lym- phocele, Ödeme Ev. Stomaberatung / Anus praeter
<b>Anästhesie- Abklärungen</b>	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig / mittel	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: mittel	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: mittel
<b>OP-Planung</b>	ambulant Stationär bei Ster.pp.	ambulant-stationär	ambulant-stationär	ambulant-stationär	ambulant-stationär	gemäss Operateur
<b>Antibiotika- Prophylaxe</b>	Ja falls Eröffnung Urogenitaltrakt (Vagina, Blase, Ureter) oder Darm, nicht unbedingt nötig bei reinem intraabdominalem Eingriff (je nach Ausdehnung, Dauer, gemäss Operateur)					
<b>Verordnungen präoperativ</b>	SST	SST	SST	SST	SST	Blutgruppe, T&S Präop. Labor Darmvorbereitung ge- mäss Operateur
<b>Verordnungen post- operativ</b>	--	Thromboseprophylaxe	Thromboseprophylaxe	Thromboseprophylaxe Ggf medikamentöse Thera- pie	Thromboseprophylaxe	Esomep, Paspertin, ATS, Thromboseprophy- laxe bis 6 Wo postop. Restharnüberwachung
<b>Rezept</b>	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6- stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6- stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6- stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6- stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6- stündlich i.R. Fragmin für 6 Wochen
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	Bei körperlich leichter Arbeit: 100% für 1 Woche Bei körperlich strenger Arbeit: 100% für 2 Wochen	100% für 2-3 Wochen	100% für 2-3 Wochen	100% für 2-4 Wochen	100% für 3-6 Wochen	100% für 4-6 Wochen

Aufgaben	Salpingektomie zur Unterbindung	Zystenenukleation / Adnexektomie benigne	Adnexektomie suspekt	Endometriose	Hysterektomie benigne	HE suspekt / maligne, ev. mit Lymphonodektomie ggf. Omentektomie, Appendektomie (aufwändig, 4-5 Zugänge)
<b>Verhaltensregeln</b>	Körperliche Betätigung / Gewicht heben nach Massgabe der Schmerzen, nicht Baden für 1 Wochen	Körperliche Betätigung nach Massgabe der Schmerzen, nicht Baden für 1 Wochen, SILS: kein Gewicht >5kg für 5 Wochen	Körperliche Betätigung nach Massgabe der Schmerzen, nicht Baden für 1 Wochen, SILS: kein Gewicht >5kg für 5 Wochen	Körperliche Betätigung / Gewicht heben nach Massgabe der Schmerzen, nicht Baden für 1 Wochen	Körperliche Betätigung / Gewicht heben nach Massgabe der Schmerzen, nicht Baden für 1 Woche, kein GV für 6 Wochen	Körperliche Betätigung / Gewicht heben nach Massgabe der Schmerzen, nicht Baden für 1 Woche, kein GV für 6 Wochen
<b>Nachkontrolle</b> (in der Regel bei Zuweiser, Ausnahme: Urogyn und gyn. Onkologie)	Fadenentfernung 7-10 Tage postoperativ	Fadenentfernung / Histologie-Besprechung 7-10 Tage postoperativ	Fadenentfernung / Histologie-Besprechung 7-10 Tage postoperativ	Fadenentfernung / Histologie-Besprechung 7-10 Tage	Fadenentfernung / Histologie-Besprechung 7-10 Tage postoperativ, Abschlusskontrolle nach 6-8 Wochen	Fadenentfernung 7-10 Tage postoperativ, Procedere-Besprechung nach Tumorboard
<b>Besonderes</b>	Ster.pp bei Uterus -2 QF, sonst ggf. über Mini-Lap.					Ggf. Tumorboard-Vorstellung
<b>Optimale Verweildauer</b>	Ambulant	3 Tage	3 Tage	3-5 Tage	4 Tage	7 Tage

## 1b) Laparoskopien II (Lagerung G2 "LSC SSL") Tätigkeiten Arztdienst

Aufgaben	Laparoskopie bei EUG
Präop. Sprechstunde A = Anamnese B = Befunde	Indikation / Kontraindikation für MTX / OP → siehe Blaubuch "Ektopie Gravidität"
Aufklärung	möglichst organerhaltend operieren, ggf. Salpingektomie
Anästhesie-Abklärungen	Je nach Akutsituation
OP-Planung	ambulant-stationär, meist notfallmässig Antibiotika-Prophylaxe: ja
Verordnungen präoperativ	Venöser Zugang, ggf. Flüssigkeitssubstitution i.v.
BE	Blutgruppe, HCG, präop Labor
Verordnungen postoperativ	Ggf. Rhophylac
Rezept	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.
Arbeitsunfähigkeit	100% für 2-3 Wochen
Verhaltensregeln	Körperliche Belastung nach Massgabe der Beschwerden, nicht Baden für 1 Woche
Nachkontrolle	Fadenentfernung / Histologie-Besprechung 7-10 Tage, hCG Bestimmung gemäss Blaubuch
Besonderes	
Optimale Verweildauer	3 Tage

# 1a/ 1b Laparoskopien

# Tätigkeiten Pflegedienst

Aufgaben Pflege	Tubensterilisation	Zystenenukleation/ Adnexektomie benigne	Adnexektomie suspekt	EUG	Hysterektomie (HE) benigne	Endometriose	Hysterektomie suspekt / maligne, ev. mit Lymphonodektomie ggf. Omentektomie, Appendektomie
Eintrittsstatus/Zi. richten	Pflegeass./FaGe	→	→	→	→	→	→
Pflegeanamnese/-prozess	Anamnese Pflegefachperson	→	Anamnese APN ambulant	Anamnese Pflegefachperson	→	→	Anamnese APN ambulant
Darmvorbereitung	keine	→	→	→	→	n. Verord.	n. Verord.
BE <sup>1</sup> Urin <sup>2</sup> via Labor	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J.	→	→	<sup>1</sup> ABO-Blitgr. Type & Screen / HCG <sup>2</sup> ∅	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J.	→	→
Kost	postoperativ : NK sofort	→	→	→	→	→	→
Mobilisation/Körperpflege	Frei Duschen ab 1.post.Tg. Bei DK: spätestens n. 24.Std entfernen	→	→	→	→	→	→
Wundkontrolle/ Verbandswechsel (VW)	<b>Wundkontrolle / VW nach LSC:</b> nach 48 Std. postoperativ. Wenn Naht-/Umgebung reizlos und trocken: Naht nicht abdecken/desinfizieren. Nur auf Pat.-Wunsch Opsitefolie. Wundumgebung tgl. kontrollieren. Vorhandene SteriStrip belassen (erst nach 5 – 10 Tg. entfernen, gemäss Verord.) und mit Opsitefolie schützen. Wenn nach 48 Std. Naht-/Umgebung feucht, druckdolent, gerötet → Info an Arzt und Wundkontrolle/VW 1x täglich : Material: Gazekompressen oder Schnellverband (vor dem Duschen entfernen). Hinweis zur Opsitefolie: wenn sauber / gut haftend: 5 Tage belassen, sonst wechseln. Hinweis SteriStrip: nur wechseln, wenn stark blutig/feucht						
Infusion/Schmerztherapie	Postoperativ: sobald Pat. isst/trinkt, keine i.v. Therapie braucht; Venflon (VF) abst. od. ziehen Am nächsten Morgen VF ziehen Schmerztherapie n. Verord.	→	→	→	→	→	
Thromboseprophylaxe	Alle Pat. mit LSC tragen für die OP <b>oberschenkellange Antiemboliestrümpfe (ATS)</b>  Postoperativ ist das Tragen der ATS nicht mehr erforderlich	→	→	→	→	→	Bei Entfernung inguinaler Lymphknoten: primär ATS – oberschenkellang bei Lymphödem: Kompressionsverband Kontrolle Lymphödem Lymphdrainage n. Verord. Fragmin n. Verord. für 6 Wo.
Besonderheiten				Info u. Abgabe Flyer: "Fehlgeburt"			Instruktion Fragmingabe

Definition: "→" entspricht gleichem Vorgehen aus der vorgängigen Spalte

# Aufgabe Pflegedienst: Standardüberwachung postoperativ

## Grundsätze der generellen Überwachung postoperativ:

- Die Pflegefachperson trägt die Verantwortung für die korrekte und situationsangepasste Durchführung von: Kreislaufkontrollen, Wund- und Blutungskontrollen, Ausscheidungskontrollen, Zu-/Ableitungen und Geräteüberwachung.
- Neben der Standardüberwachung ist die situationsabhängige Einschätzung der Patienten und Überprüfung der Vitalparameter durch die Pflegefachperson erforderlich.
- Bei Auffälligkeiten ist der zuständige Arzt unverzüglich zu informieren.
- Patienten, die direkt vom OP übernommen werden:
  - bis 2 Stunden postoperativ alle 30 Min. überwachen (BD,P,02 Sättigung, Verbands- und Blutungskontrolle)
  - danach gemäss Standardüberwachungs-Schema oder nach ärztlicher Verordnung
- Erstüberwachung auf der Abteilung nach Übernahme vom AWR
  - Wenn unmittelbar vor dem Transport auf die Abt. die Vitalparameter durch den AWR gemessen wurden und eine Verbands- und Blutungskontrolle durch die zuständige Pflegefachperson bereits im AWR erfolgt ist, müssen diese Massnahmen nicht unmittelbar nach dem Transport auf die Abt. erneut wiederholt werden. Die Resultate vom AWR werden auf das Abteilungs-Überwachungsblatt mit Uhrzeit übertragen und bei "Bemerkungen" notiert, das die Werte vom AWR übernommen wurden. Die durchgeführten Verbands- und Bltg. Kontrollen werden ebenfalls dokumentiert.
  - Wenn unmittelbar vor dem Transport auf die Abt. die Überprüfung der Vitalparameter und die Verbands- und Blutungskontrolle nicht durchgeführt werden können, erfolgt die Überprüfung unmittelbar nach dem Transport auf die Abt.
- Erstmobilisation immer in Begleitung einer Pflegefachperson durchführen

## Standardüberwachung (ohne Auffälligkeiten) nach laparoskopischen/vaginalen Eingriffen

Postoperativ	Temp.	BD/Puls	Sauerstoffsättigung $\emptyset O_2$	mit $O_2$	Blutungs-/Verbandskontrolle	Ausscheidungskontrolle ohne DK	mit DK
OP-Tag	1x	4 stdl.	keine	1x	4 stdl.	1x	4 stdl.
ab 1. postoperativen Tag	1x	1x/ 24Std.	keine	1x/ 24 Std.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
Geräteüberwachung	1x pro Schicht						

## 2 ) Urogynäkologie (Lagerung G2 "LSC SSL")

## Tätigkeiten Arztdienst

Aufgaben	Suburethrale Schlingen (TVT, TVT-O)	Laparoskopische Sakropexie (+/- supracervicale HE; +/- LAVH)	Vaginale Deszenuskorrektur	Botox-oder Bulkamid Injektion
<b>Präop. Sprechstunde</b> A = Anamnese B = Befunde	A: UDS	A: UDS B: TVUS, Endometrium-Beurteilung letzter PAP (bei supracervicaler HE)	A: UDS B: TVUS, Endometrium-Beurteilung letzter PAP (bei supracervicaler HE)	A: UDS B: RH-Kontrolle
<b>*Aufklärung</b>	Spezifisches TVT/TVT-O SGGG-Aufklärungsprotokoll	Cave: Verletzungen von Nachbarorganen, Blasenentleerungsstörung postoperativ, Morcellement	Cave: Verletzungen von Nachbarorganen, Blasenentleerungsstörung postoperativ	Botox: Spezifisches Aufklärungs- protokoll Bulkamid: 60% Erfolgsrate, Harnverhalt
<b>Anästhesie-Abklärungen</b>	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig Regionalanästhesie oder Larynxmaske	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde bei A/S OP-Risiko: mittel Intubationsnarkose	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig Regionalanästhesie oder Intubationsmaske	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig LA
<b>OP-Planung</b>	A/S oder A nach Absprache CCH TVT-Patienten werden wenn möglich immer als erstes operiert	A/S oder stationär	A/S oder stationär	A
<b>Antibiotikaprophylaxe</b>	Ja	Ja	Ja	Gemäss Operateur
<b>Verordnungen präoperativ</b>		➔ 36 Std. vorher: Flüssigkost		
<b>Verordnungen postoperativ</b>	Amb: Blasentraining (1-3x Restharn <100ml im AWR) 4h postop DK belassen Start: Blasentraining gemäss Schema am OP TAG nach Verordnung	DK und Tamponade nach 48h ex, anschl. Blasentraining nach Schema Darmregulierung mit Movicol 1-2x tgl., Metamucil oder Normacol 1-2/d für 6 Wochen fix	DK/ Tamponade nach 24h ex, anschl. Bla- sentraining nach Schema Darmregulierung mit Movicol 1-2x tgl., Metamucil oder Normacol 1-2/d für 6 Wochen fix	1-3x RH <100ml im AWR
<b>Rezept</b>	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R. Movicol für 6 Wochen (oder Normacol oder Metamucil)	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R. Movicol für 6 Wochen (oder Normacol oder Metamucil)	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	3 Wochen 6 Wochen bei schwerer körpl. Arbeit	4- 6 Wochen	4-6 Wochen	3d
<b>Verhaltensregeln</b>	6 Wochen körperliche Schonung, 6 Wochen kein GV 6 Wochen nur Duschen  ➔ siehe VMR Blatt BBZ	6 Wochen körperliche Schonung, 6 Wochen kein GV 6 Wochen nur Duschen siehe VMR Blatt BBZ	6 Wochen körperliche Schonung, 6 Wochen kein GV 6 Wochen nur Duschen siehe VMR Blatt BBZ	6 Wochen körperliche Schonung, siehe VMR Blatt BBZ
<b>**Nachkontrolle</b>	4-6 Wo BBZ	4-6 Wo BBZ	4-6 Wo BBZ	10d postop im BBZ für Restharn und Uroflow
<b>Besonderes</b>				
<b>Optimale Verweildauer</b>	2 Nächte oder nach Absprache CCH und Dispo 1 Nacht	5 Tage	4 Tage	ambulant

A: UDS= vollständige Urodynamik bzw. Vorstellung im BBZ

\*: alle Patientinnen im BBZ aufgeklärt, ggf. nochmals Adnexektomie / Salpingektomie verifizieren

\*\*:: Abschlusskontrolle im Sinne Qualitätsmanagement, einmalig, dann zurück zum Zuweiser

## Tätigkeiten Arztdienst

Aufgaben	Vaginale Hysterektomie
<b>Präop. Sprechstunde</b> A = Anamnese B = Befunde	B: TVUS, letzter PAP
<b>*Aufklärung</b>	Cave: Verletzungen von Nachbarsorganen
<b>Anästhesie-Abklärungen</b>	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: mittel Regionalanästhesie oder Intubationsnarkose
<b>OP-Planung</b>	A/S oder stationär
<b>Antibiotikaprophylaxe</b>	ja
<b>Verordnungen postoperativ</b>	Blasentraining nach Schema am 1. postop-Tag gemäss Operateur
<b>Rezept</b>	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	4-6 Wochen
<b>Verhaltensregeln</b>	6 Wochen körperliche Schonung, 6 Wochen kein GV 6 Wochen nur Duschen
<b>**Nachkontrolle</b>	4-6 Wochen postoperativ
<b>Besonderes</b>	
<b>Optimale Verweildauer</b>	5 Tage

A: UDS= vollständige Urodynamik bzw. Vorstellung im BBZ

\*: alle Patientinnen im BBZ aufgeklärt, ggf. nochmals Adnexektomie/ Salpingektomie verifizieren

\*\* : Abschlusskontrolle, einmalig, dann zurück zum Zuweiser

## 2) Urogynäkologie

## Tätigkeiten Pflegedienst

Aufgabe Pflege	Suburethrale Schlingen (TVT, TVT-O)	Laparoskopische Sakropexie (+/- supracervicale HE; +/- LAVH)	Vaginale Deszensuskorrektur	Botox-oder Bulkamid Injektion
Eintrittsstatus/Zi. richten	Pflegeass./FaGe	→	→	→
Pflegeanamnese/-prozess	Pflegefachperson	→	→	→
Darmvorbereitung	∅	Gemäss Schema "Darmvorbereitung"	1x PC am OP-Tg /6.00 Uhr	∅
BE <sup>1</sup> Urin <sup>2</sup> via Labor	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J. Kath. Urin/Uricult	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J. Kath. Urin/Uricult	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J.	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J. Kath.Urin /Uricult
Kost	postoperativ : NK sofort ausreichende Trinkmenge (1,5-2 Liter)	präoperativ: faserfreie, flüssige Kost postoperativ : NK sofort ausreichende Trinkmenge (1,5-2 Liter)	postoperativ : NK sofort	postoperativ : NK sofort ausreichende Trinkmenge (1,5-2 Liter)
Mobilisation/Körperpflege	Frei Duschen ab 1. post.Tg.	→	→	→
Tamponade Blasentraining	<b>Blasentraining</b> ab 1.post.Tag (sh. Schema Blasentraining) Start Blasentraining am OP-Tag  - DK 4 Stunden postop belassen - Auf OPS-Verordnungsblatt wird verordnet, wann der DK gezogen wird. - Danach Start mit Blasentraining	<b>Tamponade</b> nach 48h entfernen <b>Blasentraining:</b> Beginn ab 2ten postop. Tg., aber immer erst nach Entfernung Tamponade (sh. Schema Blasentraining, S.10)	<b>Tamponade</b> nach 24h entfernen <b>Blasentraining:</b> ab 1. postop. Tg (sh. Schema Blasentraining)	<b>Botox:</b> Restharnkontrolle nach Spontanmiktion 1x <100mL  <b>Bulkamid:</b> Restharnkontrolle nach Spontanmiktion 3x < 100ml, erst dann Kontrolle stopp
Verbandswechsel	∅	siehe LSC	∅	∅
Infusion/Schmerztherapie	Postoperativ: sobald Pat. isst /trinkt u.SZ-Medi per os verabreicht werden; Venflon abst. od. ziehen Am nächsten Morgen abgest. Venflon ziehen Schmerztherapie n. Verord	→	→	→
Thromboseprophylaxe	keine ATS Fragmin n. Verord.	→	→	→
Besonderes	Bei Notwendigkeit der Einmalkatheterisierung durch die Pat. zu Hause, erfolgt die Instruktion im Beckenbodenzentrum Bei Austritt Informationsblatt abgeben "Empfehlungen nach einer Senkungsoperation"			

## Standardüberwachung (ohne Auffälligkeiten) nach urogynäkologischen Eingriffen

Postoperativ	Temp.	BD/Puls	Sauerstoffsättigung $\emptyset$ $O_2$	mit $O_2$	Blutungs-/Verbandskontrolle	Ausscheidungskontrolle ohne DK	mit DK
OP-Tag	1x	4 stdl.	keine	1x	4 stdl.	1x	4 stdl.
ab 1. postoperativen Tag	1x	1x/ 24 Std.	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	Miktionsprotokoll bis Restharn 3x < 100 ml od. n. Verord.	
Gerätüberwachung Zu-/Ableitungen	1 pro Schicht						

## Blasentraining Schema

### Ablaufprocedere Blasentraining

- Miktionsprotokoll führen
- Beginn Training nach Entfernung der Tamponade und DK (n. Verord.):
- Pat. auffordern zu trinken
- Pat. informieren, dass sie den Urintopf benutzen muss (mind.2 Töpfe i. WC parat stellen) und das sie sich unmittelbar meldet, wenn sie Wasser gelöst hat, damit unverzüglich die Restharmenge via Bladderscan ermittelt werden kann.
- Wichtige Info: Pat. soll sich Zeit nehmen zum Urin lösen
- Pat. soll alle 3 bis max. 4 Stunden urinieren. Hilfreich kann sein, dass die Pat. (ohne Harndrang) nach 2-3 Std. probiert Wasser zu lösen.
- Wenn nach max. 4 Stunden keine Spontanmiktions erfolgt, muss mit Bladderscan die Urinmenge in der Blase kontrolliert werden.  
Bei > 250 ml Urin muss 1x kath. werden.
- Nach erfolgter Spontanmiktions unmittelbar Restharmenge (RH) mittels Bladderscan bestimmen.
- Zielerreichung: 3 x RH, darf pro Messung 100 ml nicht überschreiten
- Spontanmiktions und RH immer protokollieren

### Indikation für 1x Katheterisierung

- **Procedere am Tag:**
- Wird die RH >250 ml erreicht, muss jeweils 1x kath. werden und zusätzlich Info an Arzt
- **Procedere über Nacht:**
- wenn RH tagsüber immer >100ml: Pat. ca. 22 Uhr nochmals urinieren lassen, falls RH > 250 ml 1xkath., dann Pat. schlafen lassen und am Morgen um 6 Uhr wieder mit Spontanmiktions beginnen oder bei Bedarf auch nachts 1x kath., wenn RH >250 ml
- Grundsätzlich wird **kein DK** über Nacht eingelegt

### 3) Vaginale Eingriffe (Lagerung (G 4, SSL )

### Tätigkeiten Arztdienst

Aufgaben	Abortcurettage	Chirurgische Interruptio	Hysteroskopie / diagnost. Curettage / Resektoskopie	Konisation und ECC
<b>Präop. Sprechstunde</b> A = Anamnese B = Befunde	A: Voroperationen B: TVUS mit SSL	A: Voroperationen B: TVUS mit SSL / BIP	Indikation, Curettage oder Resektion A: Symptomatik B: TVUS mit exakter Beschreibung Befund	A: Kinderwunsch, Blutungsneigung B: Dokumentation mit genauer Lokalisation der Dysplasie Histologische Sicherung
<b>Aufklärung</b>	Alternativen besprechen: expektativ, Cytotec	Alternativen besprechen	Perforation, Embolie, Resektion vom Befund	Nachblutung, R1-Resektion
<b>Anästhesie-Abklärungen</b>	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig
<b>OP-Planung</b>	ambulant	ambulant	ambulant	ambulant
<b>Antibiotikaprophylaxe</b>	Nein	Nein	Nein	Nein
<b>Verordnungen präoperativ</b>	Blutgruppe, Cytotec -Priming falls keine Blutung	Blutgruppe, Cytotec-Priming	SST	SST
<b>Verordnungen postoperativ</b>	Ggf. Rhophylac	Ggf. Rhophylac		Ggf. Tamponade ex, falls eine gelegt wurde
<b>Rezept</b>	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	Bei Bedarf bis zu 5 Tage	Bei Bedarf bis zu 5 Tage	Bei Bedarf bis zu 5 Tage	5Tage
<b>Verhaltensregeln</b>	Keine Tampons	Keine Tampons	Keine Tampons	Konisation-Infozettel abgeben, 2 Wochen nur Duschen, <b>kein GV für 2 Wochen</b> , keine Tampons
<b>Nachkontrolle (in der Regel bei EA)</b>	2 Wochen postoperativ mit Besprechung der Histologie, ggf. Abortabklärung bei habituellen Aborten	2 Wochen postoperativ mit Besprechung der weiteren AC	2 Wochen postoperativ mit Besprechung der Histologie	2 Wochen postoperativ mit Bespre- chung der Histologie
<b>Besonderes</b>				HPV-Impfung diskutieren (Kostenüber- nahme klären!)
<b>Optimale Verweildauer</b>	Ambulant	Ambulant	Ambulant	Ambulant

### 3) Vaginale Eingriffe

### Tätigkeiten Pflegedienst

Aufgaben Pflege	Hysteroskopie diag. Curettage Resektoskopie	Abort-Curettagen	Chirurgische Interruptio	Konisation und ECC	Vaginale Hysterektomie
Eintrittsstatus/Zi. richten	Pflegeass./FaGe	→	→	→	→
Pflegeanamnese/-prozess	Pflegefachperson	→	→	→	→
Darmvorbereitung	∅	→	→	→	→
BE <sup>1</sup> Urin <sup>2</sup> via Labor	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J.	<sup>1</sup> ABO-Blutgruppe, Type &Screen <sup>2</sup> ∅	→	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J.	→
Kost	postoperativ : NK sofort	→	→	→	Postoperativ: ballaststoffreiche Kost ausreichend Flüssigkeit
Mobilisation/Körperpflege	Frei Duschen ab 1. post Tg.	→	→	→	→
Thromboseprophylaxe	keine ATS Fragmin n. Verord.	→	→	→	→
Infusion/Schmerztherapie	Postoperativ: sobald Pat. isst /trinkt u.SZ-Medi per os verabreicht werden: Venflon abst. od. ziehen Am nächsten Morgen abgest. Venflon ziehen Schmerztherapie n. Verord	→	→	→	→
Besonderes		Bei Rhesuskonstellation "Rh neg." (Rhophylac i. v.) Abort-Gewebe wird auf Kinderfeld bestattet Spezielle Informationen und Unterlagen abgeben und erklären	Bei Rhesuskonstellation "Rh neg." (Rhophylac i. v.)		

## 4) Vulva-Eingriffe

## Tätigkeiten Arztendienst

Aufgaben	Kleine Vulva-Eingriffe: Laser Hymenspaltung Peri- neotomie	Abszess-Inzision inkl. Marsupialisation	Skinning Vulvektomie	Hemivulvektomie Vulvektomie ohne Lymphonodektomie	Hemivulvektomie Vulvektomie <u>mit</u> Lym- phonodektomie	Plastische Rekonstruktion mit kompliziertem Rekon- struktionsverfahren
<b>Präop. Sprechstunde</b> A = Anamnese B = Befunde	A und B in Vulvasprechstunde	Anamnese und Befund im Gyn. Ambulatorium A: Frustranter Versuch konservative Behandlung Word-Katheter	A und B in Vulvasprechstunde	A und B in Vulvasprechstunde	A und B in Vulvasprechstunde	A und B in Vulvasprechstunde
<b>Aufklärung</b>	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG in Vulvasprechstunde	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG
<b>Anästhesie- Abklärungen</b>	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: <u>niedrig</u>	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: <u>mittel</u>	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: <u>mittel</u>	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: <u>mittel</u>
<b>OP-Planung</b>	ambulant	ambulant	Ambulant-stationär	Ambulant-stationär	Ambulant-stationär	Ambulant-stationär
<b>Verordnungen präoperativ</b>	-	-	Mittelstrahlurin SST bis 50	Mittelstrahlurin SST bis 50 J. Ggf Sentinelmarkierung Ggf. Stomaberatung , Ernährungsberatung gemäss NRS / Verordnung	Mittelstrahlurin SST bis 50 J. Type & Screen Ggf Sentinelmarkierung Ggf. Stomaberatung, Ernährungsberatung gemäss NRS/ Verordnung	
<b>Verordnungen postoperativ</b>	Bei Perineotomie: - weitere Behandlung mit Corticoidsalbe bei Perineotomie - Wundspülung (Wasser)		<b>Wundpflege</b> - Octenisept: gute antibakterielle Abde- ckung, schnelle Wir- kung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwirken lassen). - Prontosan (nass/ trocken Phase: braucht mind. 10 Min. zum einwirken) Wundspülung mit Prontosan 2x täglich (bei tieferen Wunden)	<b>Wundpflege</b> - Octenisept: gute anti- bakterielle Abde- ckung,, schnelle Wir- kung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwir- ken lassen). - Prontosan (nass/ trocken Phase: braucht mind. 10 Min. zum einwirken) Wundspülung mit Prontosan 2x täglich (bei tieferen Wunden).  Keine Stuhlregulation solange nicht mobilisiert. DK bis Mobilisation. Kost frei Physiotherapie	<b>Wundpflege</b> - Octenisept: gute antibakterielle Abde- ckung,, schnelle Wir- kung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwir- ken lassen). - Prontosan (nass/ trocken Phase: braucht mind. 10 Min. zum einwirken) Wundspülung mit Prontosan 2x täglich (bei tieferen Wunden).  Keine Stuhlregulation solange nicht mobilisiert. DK bis Mobilisation. Kost frei Physiotherapie	Betruhe bis 2 Tage postop. Danach weitere 3 Tage en-bloc Mobilisation  <b>Wundpflege</b> - Octenisept: gute antibakteriel- le Abdeckung,, schnelle Wir- kung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwirken lassen). - Prontosan (nass/ trocken Phase: braucht mind. 10 Min. zum einwirken) Wundspülung mit Prontosan 2x täglich (bei tieferen Wunden).  Keine Stuhlregulation solange nicht mobilisiert. DK bis Mobilisation. Kost frei Physiotherapie

Aufgaben	Kleine Vulva-Eingriffe: Laser Hymenspaltung Perineotomie	Abszess-Inzision inkl. Marsupialisation	Skinning Vulvektomie	Hemivulvektomie Vulvektomie ohne Lymphonodektomie	Hemivulvektomie Vulvektomie <u>mit</u> Lym- phonodektomie	Plastische Rekonstruktion mit kompliziertem Rekon- struktionsverfahren
Thromboseprophylaxe	-		Fragmin, ATS Fragmin bei Austritt für 6 Wochen postop verordnen	Fragmin, ATS	Fragmin, ATS	Fragmin, ATS
Rezept	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.	Irfen 400mg 3x/d fix für 3 Tage	Paracetamol, Novalgin, Fragmin prophylaktisch bis 6 Wochen postoperativ	Paracetamol, Novalgin, Fragmin prophylaktisch bis 6 Wochen postoperativ	Paracetamol, Novalgin, Fragmin prophylaktisch bis 6 Wochen postoperativ	Paracetamol, Novalgin, Fragmin prophylaktisch bis 6 Wochen postoperativ
Arbeitsunfähigkeit	5-7 Tage	5-7 Tage	4 Wochen	4-6 Wochen	4-6 Wochen	4-6 Wochen
Verhaltensregeln	2 Wochen nur Duschen, kein GV, keine Tampons	2 Wochen nur Duschen, kein GV	4 Wochen nur Duschen, kein GV	4 Wochen nur Duschen, kein GV	4 Wochen nur Duschen, kein GV	4 Wochen nur Duschen, kein GV
Nachkontrolle	Perineotomie: Nach 5-7 Tagen Vulvasprechstunde Andere Eingriffe individuell	Gyn. Ambi bzw. zuweisender Arzt nach 1 Woche	5 Tage postoperativ Vulvasprechstunde mit anschliessendem Termin bei APN	5-7 Tage postoperativ Vulvasprechstunde mit anschliessendem Termin bei APN	5-7 Tage postoperativ Vulvasprechstunde mit anschliessendem Termin bei APN	5-7 Tage postoperativ Vulvasprechstunde
Besonderes	-	-	-	-	-	-
Optimale Verweildauer	Ambulant	Ambulant	3-5 Tage	7-10 Tage	7-10 Tage	10-14 Tage

## 4) Vulva Eingriffe

## Tätigkeit Pflegedienst

Aufgaben Pflege	Kleine Vulva-Eingriffe: Laser / Hymenspaltung	Abszess- Inzision inkl. Marsupialisation	Skinning Vulvektomie	Hemivulvektomie / Vulvektomie <u>ohne</u> Lymphonodektomie	Hemivulvektomie / Vulvektomie <u>mit</u> Lymphonodektomie
Eintrittsstatus/Zi. richten	Pflegeass./FaGe	→	<b>Bettbogen kontinuierlich</b> im Bett , auf Höhe des Intimbereichs befestigen . Fördert Luftzufuhr, reduziert Feuchtigkeit im Intimbereich. <u>VA im Pflegehandbuch beachten</u> <b>Paravent</b> im Zimmer bereitstellen. Dient als Schutz der Intimsphäre, da Pat. keine Unterhose trägt.	→	→
Pflegeanamnese/-prozess	Pflegefachperson	→	<b>Distress</b> (D) durch APN. Anmeldung <b>Psychoonkologie</b> bei Bedarf /Wunsch der Pat. durch APN <b>Pflegeanamnese</b> durch APN Abklärung <b>Komplementärmedizin</b> , führen der gynonk. Checklisten (APN/PFP)	→	→
Darmvorbereitung	∅	∅	∅	∅	→
BE <sup>1</sup> <b>Urin</b> <sup>2</sup> via Labor	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J. Mittelstrahlurin (U- Status)	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> ∅	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J. Mittelstrahlurin (U- Status)	→	→
Kost	postoperativ : Normalkost	→	Postoperativ: ballaststoffreiche Kost, Flüssigkeit (2l/d) Ggf. Ernährungsberatung einbeziehen	Postoperativ: Risiko Mangelernährung prüfen Ggf. Ernährungsberatung einbeziehen	→
Mobilisation/Körperpflege	Frei Duschen ab 1.post.Tg.	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Kein Bettknick</b>, keine <b>Unterhose</b>, keine <b>Binden</b> in den ersten Tagen. Die <b>Beine</b> sollen im Liegen leicht <b>gespreizt</b> sein, um Luftzufuhr zu gewährleisten.</li> <li>- <b>Bettbogen kontinuierlich</b> am Bett auf Höhe des Intimbereichs befestigen. Kann bei Bettruhe zum Essen kurzzeitig entfernt werden.</li> <li>- Am <b>OP-Tag</b> keine Wunddesinfektion vornehmen. Auf die Naht wurde ein Pflaster-spray gesprüht, welcher die Wunde die ersten Stunden steril hält. Falls die Wunde stark nässt, wird die Naht mit sterilen Tupfern getrocknet</li> <li>- Bettruhe bis 1-5.Tg. postoperativ, danach immer en bloc mob.</li> <li>- Mehrheitlich laufen oder liegen, nur kurz sitzen (10.Min.) Cave: Spannung/Druck auf Nahtbereich vermeiden.</li> <li>- Keinen Sitzring verwenden! Nur "Nest" machen (mit Wolldecke).</li> <li>- Duschen n. Verord. Keine Netz hose Siehe AA pflegerische Versorgung beim Vulvakarzinom</li> </ul>	→	→

Aufgaben Pflege	Kleine Vulva-Eingriffe: Laser / Hymenspaltung	Abszess-Inzision inkl. Marsupialisation	Skinning Vulvektomie	Hemivulvektomie / Vulvektomie <u>ohne</u> Lymphonodektomie	Hemivulvektomie / Vulvektomie <u>mit</u> Lymphonodektomie
<b>Thromboseprophylaxe</b>	keine ATS Fragmin n. Verord.	→	ATS-Knie Fragmin n. Verord. für 6 Wo.	ATS-Knie Fragmin n. Verord. für 6 Wo	<u>Bei Entfernung inguinaler LK:</u> primär ATS -oberschenkellang  <u>bei Lymphödem:</u> Kompressionsverband Kontrolle Lymphödem Lymphdrainage n. Verord. (Physio) Fragmin n. Verord. für 6 Wochen
<b>Infusion/Schmerztherapie</b>	Postoperativ: sobald Pat. isst / trinkt u.SZ-Medi per os verabreicht werden; Venflon abst. od. ziehen Am nächsten Morgen Venflon ziehen Schmerztherapie n. Verord	→	Infusionen und Schmerzmittel n. Verord.	→	→
<b>Verbandswechsel</b>	∅	<b>Abspülen</b> mit Prontosan bei jedem WC-Gang. Wundumgebung trocken halten (häufiger Bindenwechsel 2-3 stdl.)	<b>Bei Naht im Intimbereich:</b> Abspülen mit Spülflasche mit lauwarmem Wasser bei jedem WC-Gang. Wichtig: <b>Wundbereich sauber und trocken</b> halten, wenn möglich Freilufttherapie (Bettbogen). Druck vermeiden.  <b>Wundpflege</b> - Octenisept: gute antibakterielle Abdeckung, schnelle Wirkung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwirken lassen). - Prontosan (nass/ trocken Phase: braucht mind. 10 Min. zum einwirken) - Wundspülung mit Prontosan 2x täglich (bei tieferen Wunden) - Siehe AA pflegerische Versorgung beim Vulvakarzinom  übrige Wundbehandlung n. Verord.	→	→
<b>Besonderes</b>			- <b>Wunddokumentation</b> inkl. Fotodokumentation für Verlaufskontrolle - Instruktion Fragmingabe durch PFP	- <b>Wunddokumentation</b> inkl. Fotodokumentation für Verlaufskontrolle - <b>Instruktion</b> Fragmingabe durch PFP	- Wunddok. inkl. - Fotodokumentation für Verlaufskontrolle - <b>Instruktion</b> Fragmin- gabe durch PFP - Redonflasche wech- seln, wenn Förder- menge in der Leiste ≥ 100 ml

## 5) Offene abdominale Eingriffe (Lagerung G 1, abdominal SSL) Tätigkeit Arztdienst

Aufgaben	Explorativ-Laparotomie (Malignom)	Offener benigner Eingriff (Abd. HE, Myomenukleation, andere)
<b>Präop. Sprechstunde</b> <b>A = Anamnese</b> <b>B = Befunde</b>	B: 1. Labor: Hg1, Gerinnungsstatus, CRP, Serumkreatinin, Harnstoff, Tumormarker: Ca 125, Ca 19-9, Ca 72-4, CEA, HE4, Gesamtproteine, Albumin, Transferrin, Präalbumin, Transthyretin 2. Gynäkologische Tastuntersuchung 3. TVUS mit IOTA-Kriterien, Abdomen-Sono, Nieren-Sono 4. PET-CT 5. Berechnung des Karnofsky-Index 6. Koloskopie bei ausgeprägtem Subileus oder Hämatochezie 7. Mammographie NRS bestimmen schon in Sprechstunde um Ernährungsberatung anzumelden und ggf. früherer stationärer Eintritt zu planen → Blaubuch "Vorbereitung gyn. onkologische Operationen"	A: Präop. Sprechstunde B: TVUS
<b>Aufklärung</b>	Mit Darmteilresektion bis Anus praeter	Cave: Verletzungen angrenzender Organe
<b>Anästhesie-Abklärungen</b>	OP-Risiko: mittel	OP-Risiko: mittel
<b>OP-Planung</b>	stationär Antibiotika-Prophylaxe: ja Visz.-Chirurgen/Urologen Stand-by-Planung durch Dispo	Ambulant-stationär Antibiotika-Prophylaxe: ja
<b>Verordnungen präoperativ</b>	Physiotherapie mit Atemtherapie, Mobilisation, Nutrition Risk Score (NRS) erfassen und Ernährungsberatung einschalten, Stomaberatung (97 4465) einschalten bei Anzeichen von AP-Ableitung	Ggf SST
<b>BE</b>	HG1, Na, K, Kreat., Glc, Q/INR spezielles Labor Blutgruppe, Type & Screen	
<b>Urin / SST</b>	Status	
<b>Darmvorbereitung</b>	Gemäss Operateur, muss in jedem Fall durch Operateur festgelegt werden, bei Unklarheiten obligat Besprechung mit Operateur oder Gyn-Onko-Arzt	
<b>Verordnungen postoperativ</b>	Esomep, Paspertin fix, Bilanz, rasche Mobilisation, Kostaufbau, ggf. Parenterale Ernährung Klammernentfernung am 10. und 12. postop. Tag Kalium-Kontrollen mit Zielwert im oberen Normbereich	Thromboseprophylaxe mit Fragmin gewichtsadaptiert während stat Aufenthalt und bei Austritt für 6 Wochen verord,
<b>Rezept</b>	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R. Thomboseprophylaxe mit Fragmin fix für 6-8 Wochen	Paracetamol 1g max. 6-stündlich
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	100 % für 4-6 Wochen	2-6 Wochen
<b>Verhaltensregeln</b>	Körperliche Betätigung nach Massgabe der Schmerzen, nicht Baden für 6 Wochen, kein Gewicht >5kg für 6 Wochen	Körperliche Betätigung nach Massgabe der Schmerzen, nicht Baden für 6 Wochen, kein Gewicht >5kg für 6 Wochen
<b>Nachkontrolle</b>	Klammerentfernung am 10. und 12. postop. Tag Nachkontrolle 14 Tage postoperativ mit anschliessendem Termin bei APN. Besprechung der Histologie sowie Tumorboardempfehlung mit ggf. Anmeldung Onkologie, Radioonkologie	Klammern-/Fadenentfernung beim HA Nachkontrolle 10-14 Tage postoperativ mit Besprechung der Histologie
<b>Besonderes</b>	Tumornachsorge in den ersten 2 Jahren alle 3 Monate, anschliessend alle 6 Monate bis zum 5 Jahr Austrittsberatung frühzeitig planen (Kur, Reha, Spitex)	
<b>Optimale Verweildauer</b>	~15 Tage	3-5 Tage

## 5) Offene abdominale Eingriffe

## Tätigkeit Pflegedienst

Aufgaben Pflege	Explorativ-Laparotomie (inkl. maligne)	Offener benigner Eingriff (abd. Hysterektomie, Myomenukleation)
Eintrittsstatus Zimmer richten	Pflegeass./FaGe	→
Pflegeanamnese (PA) Psychoonkologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distress (D) durch APN</li> <li>Anmeldung Psychoonkologie bei Bedarf /Wunsch der Patientin durch APN</li> <li>Pflegeanamnese APN</li> <li>führen der gyn.onk. Checkliste/ Komplementärmedizinisches Angebot mit Pat besprechen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegeanamnese durch Pflegefachperson (PFP)</li> <li>SAB-Anmeldung durch PFP nach Bedarf</li> </ul>
Darmvorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>gemäss Verordnung</li> </ul>	keine
BE <sup>1</sup> Urin <sup>2</sup> via Labor	<sup>1</sup> n. Verord. <sup>2</sup> SS-Test bis 50J. ABO Bltgr./Type & Screen      Mittelstrahlurin (U- Status)	<sup>1</sup> n. Verord. <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J. Mittelstrahlurin (U- Status)
Kost	<ul style="list-style-type: none"> <li>präoperativ : LKO und 1 Fresurbin Drink nach Verord.</li> <li>postoperativ: n. Verord.</li> <li>bei Darmbeteiligung: Stufenkost n. Verord.</li> <li>Ernährungsberatung n. Verord.</li> </ul>	→
Gewichtskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>1x tgl. bis Normbereich entsprechend der Pat.-Situation erreicht ist</li> </ul>	→
Mobilisation/Körperpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>frei (Mob. mindestens 3x tgl.) oder n. Verord.</li> <li>Duschen ab 1.post.Tg.</li> </ul>	→
Verbandswechsel	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-tg. gemäss Hygienestandard</li> <li>Material: Gazekompressen/Opsitefolie/Comfeel Plus/Schnellverband od. speziell n. Verord.</li> </ul>	→
Thromboseprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> <li>ATS-Knie</li> <li>bei Einsatz AV-Pumpe: ATS-oberschenkellang</li> <li>Fragmin n. Verord. für 6 Wo.</li> </ul>	Keine ATS Fragmin n. Verord.
Infusionen/Schmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infusionen/Schmerztherapie n. Verordnung</li> </ul>	→
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instruktion Fragmingabe</li> </ul>	
Betreuung durch Advanced Practise Nurse (APN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erstkontakt präoperativ ambulant oder am Eintrittstag stationär für PA und DI Stress</li> <li>Fall- und Fachführung während Hospitalisation</li> <li>Koordination versch. inter- und intraprofessionelle Dienste während Hospitalisation und ambulant</li> <li>Wundversorgung in Absprache mit Pflegefachperson</li> <li>Ambulant: Wundversorgung/Edukation/emotionale Unterstützung</li> <li>Komplementärmedizinisches Angebot in Absprache mit der Pflege</li> <li>Pflegerische Sprechstunde ca. 12 Tage und 8 Wochen postoperativ</li> <li>Telefonischer Kontakt 3 Wochen postoperativ</li> <li>weitere pflegerische Sprechstunden nach Bedarf der Pat.</li> </ul>	-

## Standardüberwachung (ohne Auffälligkeiten) nach abdominalen Eingriffen

Postoperativ	Temp.	BD/Puls	Sauerstoffsättigung $\emptyset$ O <sub>2</sub>	mit O <sub>2</sub>	Blutungs-/Verbandskontrolle	Ausscheidungskontrolle ohne DK	mit DK
<b>OP-Tag</b>	1x	3 stdl.	1x	2x	3 stdl.	1x	4 stdl.
<b>ab 1. postoperativen Tag</b>	1x	8 stdl.	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
<b>ab 4. postoperativen Tag</b>	1x	12 stdl.	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
<b>ab 5. postoperativen Tag</b>	1x	1x/ 24 Std.	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
<b>Geräteüberwachung Zu-/Ableitungskontrolle</b>	1 x pro Schicht						

## 6) Senologie

## Tätigkeit Arztdienst

Aufgaben	PE (Fibroadenom)	Duktektomie	BET ohne Axilla	BET + SLN / Axilla	Skin-sparing Mastektomie + Aufbau	Rad. mod. Mastektomie / Ablatio simplex + SLN / Axilla	Abszess-Inzision
<b>Präop. Sprechstunde</b> A = Anamnese B = Befunde	A und B im BZ	A und B im BZ	A und B im BZ	A und B im BZ	A und B im BZ Bei Lappenplastiken gemeinsame Beurteilung mit Plastikern	A und B im BZ	A und B im BZ oder im Gyn-Ambi
<b>Aufklärung</b>	SGGG-Aufklärungsbogen im BZ Präop. Checkliste des BZ	SGGG-Aufklärungsbogen im BZ Präop. Checkliste d. BZ	Spezifischer Aufklärungsbogen im BZ Präop. Checkliste d. BZ	Spezifischer Aufklärungsbogen im BZ Präop. Checkliste d. BZ	Spezifischer Aufklärungsbogen im BZ und zusätzlicher Aufklärungsbogen d. Plastiker Präop. Checkliste d. BZ	Spezifischer Aufklärungsbogen im BZ Präop. Checkliste d. BZ	SGGG-Aufklärungsbogen
<b>Anästhesie-Abklärungen</b>	Ambulant Intubation	Ambulant Intubation	Ambulant Intubation	Ambulant Intubation	Ambulant oder stationär Intubation	Ambulant Intubation	Ambulant Intubation
<b>OP-Planung</b>	Ambulant OP-Indikation obligat mit LA/Co-CA/CA zu besprechen	ambulant OP-Indikation obligat mit LA/Co-CA/CA zu besprechen	Ambulant-stationär OP-Indikation obligat mit LA/Co-CA/CA zu besprechen	Ambulant-stationär OP-Indikation obligat mit LA/Co-CA/CA zu besprechen	Stationär OP-Indikation obligat mit LA/Co-CA/CA zu besprechen	Ambulant-stationär OP-Indikation obligat mit LA/Co-CA/CA zu besprechen	Ambulant
<b>Verordnungen präop.</b>	-	-	-	Physiotherapie	Blutgruppe, Type+Screen	Blutgruppe, Type+Screen Physiotherapie	-
<b>Verordnungen postop.</b>	Analgetika Lokale Kühlung	Analgetika Lokale Kühlung	Analgetika Lokale Kühlung Redonentfernung je nach Fördermenge in RS mit Operateur Ggf. Psychoonkologie	Analgetika Lokale Kühlung Redonentfernung je nach Fördermenge in RS mit Operateur Bei Axilla kein Bettbügel Ggf. Psychoonkologie	Analgetika Keine Kühlung Ggf. Psychoonkologie	Druckverband für 24h Analgetika Redonentfernung je nach Fördermenge in RS mit Operateur  Bei Axilla kein Bettbügel Ggf. Psychoonkologie	Antibiotische Therapie nach Abszess-Entlastung per se nicht, jedoch je nach Situation gemäss Operateur  Wundspülung
<b>Rezept</b>	Analgetika	Analgetika	Analgetika	Analgetika	Analgetika	Analgetika	Analgetika
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	5 Tage	5 Tage	2 Wochen	4 Wochen	4-6 Wochen	4 Wochen	1-2 Wochen
<b>Verhaltensregeln</b>	Kein Sport bis zur Kontrolle Kein Baden Duschen erlaubt	Kein Sport bis zur Kontrolle Kein Baden Duschen erlaubt	Kein Sport bis zur Kontrolle Kein Baden Duschen erlaubt	Kein Sport bis zur Kontrolle Kein Baden Duschen erlaubt	Kein Sport bis zur Kontrolle Kein Baden Duschen in Absprache mit Operateur	Kein Sport bis zur Kontrolle Kein Baden Duschen erlaubt	Kein Sport bis zur Kontrolle Kein Baden Duschen erlaubt
<b>Nachkontrolle</b>	10 Tage postoperativ im BZ oder beim Zuweiser	10 Tage postoperativ im BZ	5 Tage postop. Wundkontrolle im BZ. 12 Tage postop. Histologiebesprechung im BZ mit anschliessendem Termin bei BCN	5 Tage postop. Wundkontrolle im BZ. 12 Tage postop. Histologiebesprechung im BZ mit anschliessendem Termin bei BCN	5 Tage postop. Wundkontrolle im BZ. 12 Tage postop. Histologiebesprechung im BZ mit anschliessendem Termin bei BCN	5 Tage postop. Wundkontrolle im BZ. 12 Tage postop. Histologiebesprechung im BZ mit anschliessendem Termin bei BCN	In Absprache mit Operateur
<b>Besonderes</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>Optimale Verweildauer</b>	Ambulant	2 Tage	4 Tage	4 Tage	7 Tage	5 Tage	Ambulant

# 6 Senologie

# Pflegedienst

Aufgaben Pflege	PE (Fibroadenom)	Dukt-ektomie	BET ohne Axilla	BET + SLN / Axilla	Skin-sparing Mastektomie + Aufbau	Rad. mod. Mastektomie / Ablatio simplex + SLN / Axilla	Abszess-inzision
Eintrittsstatus Zimmer richten	Pflegeass./FaGe	→	→	→	→	→	→
Pflegeprozess Psychoonkologie Physiotherapie	Pflegeassessment durch Pflegefachperson	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distress (D) Anamnese (PA) Pflegediagnose (PD) durch BCN</li> <li>Fall- und Fachführung durch BCN im stationären Setting</li> <li>BCN ist Prozessverantwortliche für gesamten Pflegeprozess</li> <li>Psychoonkologie anmelden entsprechend Distress und Bedarf der Pat. Anmeldung wird durch BCN eingeleitet (Konsil-Arztverordnung)</li> <li>Information und Organisation Komplementärmedizin</li> </ul>	→  zusätzlich Physiotherapie für Schulter-beweglichkeit (Axilla/SLN)	→	→  zusätzlich Physiotherapie für Schulterbeweglichkeit (Axilla/SLN)	keine BCN Betreuung
Darmvorbereitung	∅	→	→	→	→	→	→
BE <sup>1</sup> <b>Urin</b> <sup>2</sup> via Labor	<sup>1</sup> ∅ <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J.	→	→	→	→	→	→
Kost	<ul style="list-style-type: none"> <li>präoperativ : LK</li> <li>postoperativ: Normalkost</li> </ul>	→	→	→	→	→	→
Mobilisation/Körperpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mob frei</li> <li>Duschen ab 1. post. OP-Tag</li> </ul>	→	→	<b>Bettbügel entfernen</b> Betroffenen Arm mit Kissen lagern bis 1. postop. Tg. und länger auf Wunsch der Pat. Schulterbeweglichkeit fördern. Mob. frei <b>Duschen</b> nur brustabwärts (Brust muss trocken bleiben), Haare mit Kopf voran waschen. Duschen einschl. Brust erst nach amb Wundkontrolle und Entfernung der Steristrips.	Mob frei  →	<b>Bettbügel entfernen</b> , betroffenen Arm lagern mit Lagerungskissen bis 1. postop. Tg. und länger auf Wunsch der Pat. Schulterbeweglichkeit fördern. Mob. frei  →	Mob frei  →

Aufgaben Pflege	PE (Fibroadenom)	Dukt-ektomie	BET ohne Axilla	BET + SLN / Axilla	Skin-sparing Mastektomie + Aufbau	Rad. mod. Mastektomie / Ablatio simplex + SLN / Axilla	Abszess-inzision	
<b>Wundkontrolle/Verbandswechsel (VW)</b>	Wundkontrolle 1x tgl., VW gemäss Hygienestandard	→	→ Hinweis: vorhandene Steri Strip nur wechseln, wenn stark feucht/blutig	→ →	→ Foliverband ganze Brust: 5 Tage belassen	→ Hinweis: vorhandene Steri Strip nur wechseln, wenn stark feucht/blutig	→	
<b>Thromboseprophylaxe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine ATS Knie</li> <li>Fragmin n. Verord. während Hospitalisation</li> </ul>	→	→	→	ATS Knie Fragmin n. Verord.	→	keine ATS Fragmin n. Verord.	
<b>Infusionen/Schmerztherapie</b>	Infusionen und Schmerztherapie n. Verord.	→	→	→	→	→	→	
<b>Besonderes</b>		Coldpack n. Verord.	→	→	→	→	→	
<b>Besonderheit "Stratice"</b>	Bei der OP Methode " <b>Stratice</b> " ist eine <b>Kühlung postoperativ grundsätzlich verboten!!!</b>							
<b>Betreuung durch Breast Care Nurse (BCN)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distress (D) Anamnese (PA) Pflegediagnose (PD) durch BCN</li> <li>Fall- und Fachführung durch BCN im stationären Setting</li> <li>BCB ist Prozessverantwortliche für gesamten Pflegeprozess</li> <li>Psychoonkologie anmelden entsprechend Distress und Bedarf der Pat. Anmeldung wird durch BCN eingeleitet (Konsil-Arztverordnung)</li> <li>Information und Organisation Komplementärmedizin</li> </ul>	→	→	<b>Betreuung Prozessphasen &amp; zusätzlich:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amb vor OP (PA und DI Stress)</li> <li>Fall- und Fachführung während stationärem Aufenthalt</li> <li>Pflegerische Sprechstunde 12 Tage und 8 Wochen post OP</li> <li>Telefonischer Kontakt 3 Wochen post OP</li> <li>pflegerische Sprechstunde nach Bedarf</li> </ul>	→	<b>Betreuung Prozessphasen &amp; zusätzlich:</b>	→	keine Betreuung durch BCN

## Standardüberwachung (ohne Auffälligkeiten) nach senologischen Eingriffen

Postoperativ	Temp.	BD/Puls	Sauerstoffsättigung $\emptyset$ O <sub>2</sub>	mit O <sub>2</sub>	Blutungs-/Verbandskontrolle	Ausscheidungskontrolle ohne DK	mit DK
OP-Tag	1x	3 stdl.	1x	2x	3 stdl.	keine	4 stdl.
ab 1. postoperativen Tag	1x	8 stdl.	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
ab 2. postoperativen Tag	1x	1x/ 24Std	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
Geräteüberwachung Zu-/Ableitungskontrolle	1x pro Schicht						

## 7 Plastische Brust-Chirurgie

## Tätigkeit Pflegedienst

Aufgaben Pflege	Mamma -Reduktionsplastik	DIEP	Mamillenrekonstruktion	Prothesenwechsel
Eintrittsstatus Zimmer richten	Pflegeass./FaGe	→	→	→
Pflegeanamnese/-prozess	Pflegefachperson	→	→	→
Darmvorbereitung	$\emptyset$	→	→	→
Spezielle Untersuchungen	$\emptyset$	Angio-CT präoperativ Venflon (grün) legen	$\emptyset$	→
BE <sup>1</sup> Urin <sup>2</sup> via Labor	<sup>1</sup> ABO-Blutgruppe, Type & Screen <sup>2</sup> SS-Test bis 50 J.	→	<sup>1</sup> $\emptyset$ <sup>2</sup> $\emptyset$	→
Kost	<ul style="list-style-type: none"> <li>präoperativ : LK</li> <li>postoperativ: Normalkost</li> </ul>	→	→	→
Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mob frei; Bettbügel entfernen</li> <li>Mobilisation in den ersten 24 Std. <u>immer</u> in Begleitung (Hochrisiko Sturz aufgrund ortho. Hypotonie)</li> </ul>	→	Mob frei	→

Aufgaben Pflege	Mamma -Reduktionsplastik	DIEP	Mamillenrekonstruktion	Prothesenwechsel
Verbandswechsel	<ul style="list-style-type: none"> <li>2-tg. gemäss Hygienestandard</li> <li>Folienverband 5 Tage belassen</li> <li>vorhandene SteriStrip nur wechseln, wenn stark feucht/blutig</li> <li>Stütz-und Kompressions-BH n. Verord. (wird vom OP abgegeben)</li> </ul>	2-tg. gemäss Hygienestandard (Gazekompressen)	Schaumstoffschutz um Mamille n. Verord. entfernen	2-tg. gemäss Hygienestandard (Gazekompressen)  Vorhandene SteriStrip nur wechseln, wenn stark feucht/blutig
Thromboseprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine ATS Knie</li> <li>Fragmin n. Verord.</li> </ul>	→	→	→
Besonderes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coldpack n. Verordnung</li> </ul>	Bauchgurt kont. für 6 Wochen Lappenkontrolle n. Schema	Kontrolle: Durchblutung	Brustgurt tragen Verordnung Coldpack n. Verord.

## Standardüberwachung (ohne Auffälligkeiten) nach plastischen Brust-Eingriffen

Postoperativ	Temp.	BD/Puls	Sauerstoffsättigung $\emptyset O_2$	mit $O_2$	Blutungs-/Verbandskontrolle	Ausscheidungskontrolle ohne DK	mit DK
OP-Tag	1x	3 stdl.	1x	2x	3 stdl.	keine	4 stdl.
ab 1. postoperativen Tag	1x	6 stdl.	keine	2x	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
ab 2. postoperativen Tag	1x	1x/ 24Std	keine	2x	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
Geräteüberwachung Zu-/Ableitungskontrolle	1x pro Schicht						

### Besonderer Hinweis: Lappenkontrolle nach DIEP gemäss speziellem Überwachungsblatt durchführen:

- in den ersten 24 Stunden postop.: 1 stündlich
- in den zweiten 24 Stunden postop.: 2 stündlich
- in den dritten 24 Stunden postop.: 3 stündlich
- ab dem 4. postop. Tag: 4 stündlich
- ab dem 5. postop Tag: 1x pro Schicht