

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

Erarbeitung:

Dr. Ivo Fähnle, Leitender Arzt FKL
Silvia Steiger, Pflegeexpertin Stufe 2
Kathrin Schwedler, Leitende Ärztin Brustzentrum
Lotti Lauk, APN 2 / BCN
Karin Hübsch, APN 1/ BCN
Luam Tekie, Teamleitung Gynäkologie
Tanja Wiss, PEx1, Gynäkologie

Vernehmlassung:

Dr. Susanne Bucher, Co-Chefärztin, Leiterin Brustzentrum
Dr. Corina Christmann, Co-Leitung, Leiterin BBZ
Dr. Barbara Kipp, Co-Leitung
Dr. Otmar Fritsche
Regula Furger, Abteilungsleiterin Gynäkologie
Cornelia Gubser, Leitung Pflege

Autoren: Silvia Steiger/ Ivo Fähnle, Leitender Arzt FKL

Datum: 20.11.2019, Version 4

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)
Präop. Sprechstunde 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, Voroperatio- nen, 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
Aufklärung	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 zweizeit- iges 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
Anästhesie- Abklärungen	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
OP-Planung	ambulant Stationär bei Ster.pp.	ambulant-stationär	ambulant-stationär	ambulant-stationär	ambulant-stationär	gemäss Operateur
Antibiotika- Prophylaxe	Ja falls Eröffnung Urogenitaltrakt (Vagina, Blase, Ureter) oder Darm, nicht unbedingt nötig bei reinem intraabdominalem Eingriff (je nach Ausdehnung, Dauer, gemäss Operateur)					
Verordnungen präoperativ	SST	SST	SST	SST	SST	Blutgruppe, T&S Präop. Labor Darmvorbereitung ge- mäss Operateur
Verordnungen post- operativ	--	Thromboseprophylaxe	Thromboseprophylaxe	Thromboseprophylaxe Ggf medikamentöse Thera- pie	Thromboseprophylaxe	Esomep, Paspertin, ATS, Thromboseprophy- laxe bis 6 Wo postop. Restharnüberwachung
Rezept	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
Arbeitsunfähigkeit	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)
Verhaltensregeln	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
Nachkontrolle (in der Regel bei Zuweisung, 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
Besonderes	Ster.pp bei Uterus -2 QF, sonst ggf. über Mini-Lap.					Ggf. Tumorboard-Vorstellung
Optimale Verweildauer	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 ¹ Urin ² via Labor	¹ ∅ ² SS-Test bis 50 J.	→	→	¹ ABO-Bltgr. Type & Screen / HCG ² ∅	¹ ∅ ² 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)	Wundkontrolle / VW nach LSC: 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. <u>Hinweis SteriStrip:</u> 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 oberschenkelange Antiembolestrümpfe (ATS) Postoperativ ist das Tragen der ATS nicht mehr erforder- lich	→	→	→	→	→	<u>Bei Entfernung inguinaler Lymphknoten:</u> primär ATS – oberschenkelang <u>bei Lymphödem:</u> 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,O₂ 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, dass 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

Allgemeiner Hinweis zur Miktionskontrolle bei Periduralanästhesie (PDA) und Dauerkatheterentfernung

- Bei liegendem PDK erfolgt die Entfernung des DK nach Verordnung durch den Operateur (frühestens ab PDA Dosierung 6/3/30). Um eine Miktionsstörung frühzeitig zu erkennen bzw. zu vermeiden, ist nach Entfernung des DK eine Miktionskontrolle in den ersten 24 Stunden mittels Bladderscankontrolle erforderlich.

Standardüberwachung (ohne Auffälligkeiten) nach laparoskopischen/vaginalen Eingriffen

Postoperativ	Temp.	BD/Puls	Sauerstoffsättigung Ø 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
Präop. Sprechstunde 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
*Aufklärung	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
Anästhesie-Abklärungen	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
OP-Planung	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
Antibiotikaphylaxe	Ja	Ja	Ja	Gemäss Operateur
Verordnungen präoperativ		➔ 36 Std. vorher: Flüssigkost		
Verordnungen postoperativ	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
Rezept	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.
Arbeitsunfähigkeit	3 Wochen 6 Wochen bei schwerer körpl. Arbeit	4- 6 Wochen	4-6 Wochen	3d
Verhaltensregeln	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
**Nachkontrolle	4-6 Wo BBZ	4-6 Wo BBZ	4-6 Wo BBZ	10d postop im BBZ für Restharn und Uroflow
Besonderes				
Optimale Verweildauer	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
Präop. Sprechstunde A = Anamnese B = Befunde	B: TVUS, letzter PAP
*Aufklärung	Cave: Verletzungen von Nachbarsorganen
Anästhesie-Abklärungen	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: mittel Regionalanästhesie oder Intubationsnarkose
OP-Planung	A/S oder stationär
Antibiotikaprophylaxe	ja
Verordnungen postoperativ	Blasentraining nach Schema am 1. postop-Tag gemäss Operateur
Rezept	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R.
Arbeitsunfähigkeit	4-6 Wochen
Verhaltensregeln	6 Wochen körperliche Schonung, 6 Wochen kein GV 6 Wochen nur Duschen
**Nachkontrolle	4-6 Wochen postoperativ
Besonderes	
Optimale Verweildauer	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	Ø	Gemäss Schema "Darmvorbereitung"	1x PC am OP-Tg /6.00 Uhr	Ø
BE ¹ Urin ² via Labor	¹ Ø ² SS-Test bis 50 J. Kath. Urin/Uricult	¹ Ø ² SS-Test bis 50 J. Kath. Urin/Uricult	¹ Ø ² SS-Test bis 50 J.	¹ Ø ² 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	Blasentraining 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	Tamponade nach 48h entfernen Blasentraining: Beginn ab 2ten postop. Tg., aber immer erst nach Entfernung Tamponade (sh. Schema Blasentraining, S.10)	Tamponade nach 24h entfernen Blasentraining: ab 1. postop. Tg (sh. Schema Blasentraining)	Botox: Restharnkontrolle nach Spontanmiktion 1x <100mL Bulkamid: Restharnkontrolle nach Spontanmiktion 3x < 100ml, erst dann Kontrolle stopp
Verbandswechsel	Ø	siehe LSC	Ø	Ø
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 dass 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 Spontanmiktion erfolgt, muss mit Bladderscan die Urinmenge in der Blase kontrolliert werden.
Bei > 250 ml Urin muss 1x kath. werden.
- Nach erfolgter Spontanmiktion unmittelbar Restharmenge (RH) mittels Bladderscan bestimmen.
- Zielerreichung: 3 x RH, darf pro Messung 100 ml nicht überschreiten
- Spontanmiktion 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 1x kath., dann Pat. schlafen lassen und am Morgen um 6 Uhr wieder mit Spontanmiktion 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
Präop. Sprechstunde 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
Aufklärung	Alternativen besprechen: expektativ, Cytotec	Alternativen besprechen	Perforation, Embolie, Resektion vom Befund	Nachblutung, R1-Resektion
Anästhesie-Abklärungen	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie-Sprechstunde OP-Risiko: niedrig
OP-Planung	ambulant	ambulant	ambulant	ambulant
Antibiotikaphylaxe	Nein	Nein	Nein	Nein
Verordnungen präoperativ	Blutgruppe, Cytotec -Priming falls keine Blutung	Blutgruppe, Cytotec-Priming	SST	SST
Verordnungen postoperativ	Ggf. Rhophylac	Ggf. Rhophylac		Ggf. Tamponade ex, falls eine gelegt wurde
Rezept	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.
Arbeitsunfähigkeit	Bei Bedarf bis zu 5 Tage	Bei Bedarf bis zu 5 Tage	Bei Bedarf bis zu 5 Tage	5Tage
Verhaltensregeln	Keine Tampons	Keine Tampons	Keine Tampons	Konisation-Infozettel abgeben, 2 Wochen nur Duschen, kein GV für 2 Wochen , keine Tampons
Nachkontrolle (in der Regel bei EA)	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
Besonderes				HPV-Impfung diskutieren (Kostenüber- nahme klären!)
Optimale Verweildauer	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	Ø	→	→	→	→
BE ¹ Urin ² via Labor	¹ Ø ² SS-Test bis 50 J.	¹ ABO-Blutgruppe, Type &Screen ² Ø	→	¹ Ø ² 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 Arztdienst

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
Präop. Sprechstunde 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
Aufklärung	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG in Vulvasprechstunde	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG	Allgemeiner Aufklärungsbogen SGGG
Anästhesie- Abklärungen	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: niedrig	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: mittel	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: mittel	Ambulante Anästhesie- Sprechstunde OP-Risiko: mittel
OP-Planung	ambulant	ambulant	Ambulant-stationär	Ambulant-stationär	Ambulant-stationär	Ambulant-stationär
Verordnungen präoperativ	-	-	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	
Verordnungen postoperativ	Bei Perineotomie: - weitere Behandlung mit Corticoidsalbe bei Perineotomie - Wundspülung (Wasser)		Wundpflege - Octenisept: gute antibakterielle Abde- ckung, schnelle Wir- kung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwirken lassen). Wundspülung mit Microdacyn 60 Woundcare (Spüllösg.) 2x täglich (bei tieferen Wunden)	Bettruhe bis 2 Tage postop. Danach weitere 3 Tage en-bloc Mobilisation Wundpflege - Octenisept: gute anti- bakterielle Abde- ckung,, schnelle Wir- kung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwir- ken lassen). Wundspülung mit Microdacyn 60 Woundcare (Spüllösg.) 2x täglich (bei tieferen Wunden) Keine Stuhlregulation solange nicht mobilisiert. DK bis Mobilisation. Kost frei Physiotherapie	Bettruhe bis 2 Tage postop. Danach weitere 3 Tage en-bloc Mobilisation Wundpflege - Octenisept: gute antibakterielle Abde- ckung,, schnelle Wir- kung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwir- ken lassen). Wundspülung mit Microdacyn 60 Woundcare (Spüllösg.) 2x täglich (bei tieferen Wunden) Keine Stuhlregulation solange nicht mobilisiert. DK bis Mobilisation. Kost frei Physiotherapie	Bettruhe bis 2 Tage postoperativ Danach weitere 3 Tage en-bloc Mobilisation Wundpflege - Octenisept: gute antibakteriel- le Abdeckung,, schnelle Wir- kung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwirken lassen). Wundspülung mit Microdacyn 60 Woundcare (Spüllösg.) 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	→	Bettbogen kontinuierlich im Bett , auf Höhe des Intimbereichs befestigen . Fördert Luftzufuhr, reduziert Feuchtigkeit im Intimbereich. <u>VA im Pflegehandbuch beachten</u> Paravent im Zimmer bereitstellen. Dient als Schutz der Intimsphäre, da Pat. keine Unterhose trägt.	→	→
Pflegeanamnese/-prozess	Pflegefachperson	→	Distress (D) durch APN. Anmeldung Psychoonkologie bei Bedarf /Wunsch der Pat. durch APN Pflegeanamnese durch APN Abklärung Komplementärmedizin , führen der gynonk. Checklisten (APN/PFP)	→	→
Darmvorbereitung	Ø	Ø	Ø	Ø	→
BE ¹ Urin ² via Labor	¹ Ø ² SS-Test bis 50 J. Mittelstrahlurin (U- Status)	¹ Ø ² Ø	¹ Ø ² 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.	→	- Kein Bettknick, keine Unterhose, keine Binden in den ersten Tagen. Die Beine sollen im Liegen leicht gespreizt sein, um Luftzufuhr zu gewährleisten. - Bettbogen kontinuierlich am Bett auf Höhe des Intimbereichs befestigen. Kann bei Bettruhe zum Essen kurzzeitig entfernt werden. - Am OP-Tag 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 - Bettruhe bis 1-5.Tg. postoperativ, danach immer en bloc mob. - Mehrheitlich laufen oder liegen, nur kurz sitzen (10.Min.) Cave: Spannung/Druck auf Nahtbereich vermeiden. - Keinen Sitzring verwenden! Nur "Nest" machen (mit Woldecke). - Duschen n. Verord. Keine Netzhose Siehe AA pflegerische Versorgung beim Vulvakarzinom	→	→

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
Thromboseprophylaxe	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
Infusion/Schmerztherapie	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.	→	→
Verbandswechsel	Ø	Abspülen mit Prontosan bei jedem WC-Gang. Wundumgebung trocken halten (häufiger Bindenwechsel 2-3 stdl.)	Bei Naht im Intimbereich: Abspülen mit Spülflasche mit lauwarmem Wasser bei jedem WC-Gang. Wichtig: Wundbereich sauber und trocken halten, wenn möglich Freilufttherapie (Bettbogen). Druck vermeiden. Wundpflege - Octenisept: gute antibakterielle Abdeckung, schnelle Wirkung (desinfizieren und ca. 2 Min. einwirken lassen). - Wundspülung mit Microdacyn 60 Woundcare (Spüllösg.) 2x täglich (bei tieferen Wunden) - Siehe AA pflegerische Versorgung beim Vulvakarzinom übrige Wundbehandlung n. Verord.	→	→
Besonderes			- Wunddokumentation inkl. Fotodokumentation für Verlaufskontrolle - Instruktion Fragmingabe durch PFP	- Wunddokumentation inkl. Fotodokumentation für Verlaufskontrolle - Instruktion Fragmingabe durch PFP	- Wunddok. inkl. - Fotodokumentation für Verlaufskontrolle - Instruktion Fragmingabe durch PFP - Redonflasche wechseln, wenn Fördermenge 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)
Präop. Sprechstunde A = Anamnese B = Befunde	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
Aufklärung	Mit Darmteilresektion bis Anus praeter	Cave: Verletzungen angrenzender Organe
Anästhesie-Abklärungen	OP-Risiko: mittel	OP-Risiko: mittel
OP-Planung	stationär Antibiotika-Prophylaxe: ja Visz.-Chirurgen/Urologen Stand-by-Planung durch Dispo	Ambulant-stationär Antibiotika-Prophylaxe: ja
Verordnungen präoperativ	Physiotherapie mit Atemtherapie, Mobilisation, Nutrition Risk Score (NRS) erfassen und Ernährungsberatung einschalten, Stomaberatung (97 4465) einschalten bei Anzeichen von AP-Ableitung	Ggf SST
BE	HG1, Na, K, Kreat., Glc, Q/INR spezielles Labor	
Urin / SST	Blutgruppe, Type & Screen	
	Status	
Darmvorbereitung	Präoperativ am Vorabend 2 Practoclyss (falls nichts anderes verordnet)	
Verordnungen postoperativ	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,
Rezept	Paracetamol 1g max. 6-stündlich i.R. Thromboseprophylaxe mit Fragmin fix für 6-8 Wochen	Paracetamol 1g max. 6-stündlich
Arbeitsunfähigkeit	100 % für 4-6 Wochen	2-6 Wochen
Verhaltensregeln	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
Nachkontrolle	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
Besonderes	Tumornachsorge in den ersten 2 Jahren alle 3 Monate, anschliessend alle 6 Monate bis zum 5 Jahr Austrittsberatung frühzeitig planen (Kur, Reha, Spitex)	
Optimale Verweildauer	~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	- Distress (D) durch APN - Anmeldung Psychoonkologie bei Bedarf /Wunsch der Patientin durch APN - Pflegeanamnese APN - führen der gyn.onk. Checkliste/ Komplementärmedizinisches Angebot mit Pat besprechen	- Pflegeanamnese durch Pflegefachperson (PFP) - SAB-Anmeldung durch PFP nach Bedarf
Darmvorbereitung	Präoperativ am Vorabend 2 Practoclyss (falls keine andere Verordnung)	keine
BE ¹ Urin ² via Labor	¹ n. Verord. ² SS-Test bis 50J. ABO Bltgr./Type & Screen Mittelstrahlurin (U- Status)	¹ n. Verord. ² SS-Test bis 50 J. Mittelstrahlurin (U- Status)
Kost	- präoperativ : LKO und 1 Fresurbin Drink nach Verord. - postoperativ: n. Verord. - bei Darmbeteiligung: Stufenkost n. Verord. - Ernährungsberatung n. Verord.	→
Gewichtskontrolle	1x tgl. bis Normbereich entsprechend der Pat.-Situation erreicht ist	→
Mobilisation/Körperpflege	- frei (Mob. mindestens 3x tgl.) oder n. Verord. - Duschen ab 1.post.Tg.	→
Verbandswechsel	2-tg. gemäss Hygienestandard - Material: Gazekompressen/Opsitefolie/Comfeel Plus/Schnellverband od. speziell n. Verord.	→
Thromboseprophylaxe	- ATS-Knie - bei Einsatz AV-Pumpe: ATS-oberschenkellang - Fragmin n. Verord. für 6 Wo.	Keine ATS Fragmin n. Verord.
Infusionen/Schmerztherapie	Infusionen/Schmerztherapie n. Verordnung	→
Besonderheiten	Instruktion Fragmingabe	
Betreuung durch Advanced Practise Nurse (APN)	- Erstkontakt präoperativ ambulant oder am Eintrittstag stationär für PA und DI Stress - Fall- und Fachführung während Hospitalisation - Koordination versch. inter- und intraprofessionelle Dienste während Hospitalisation und ambulant - Wundversorgung in Absprache mit Pflegefachperson - Ambulant: Wundversorgung/Edukation/emotionale Unterstützung - Komplementärmedizinisches Angebot in Absprache mit der Pflege - Pflegerische Sprechstunde ca. 12 Tage und 8 Wochen postoperativ - Telefonischer Kontakt 3 Wochen postoperativ - weitere pflegerische Sprechstunden nach Bedarf der Pat.	-

Standardüberwachung (ohne Auffälligkeiten) nach abdominalen Eingriffen

Postoperativ	Temp.	BD/Puls	Sauerstoffsättigung $\text{Ø } \text{O}_2$ mit O_2		Blutungs-/Verbandskontrolle	Ausscheidungskontrolle ohne DK mit DK	
OP-Tag	1x	3 stdl.	1x	2x	3 stdl.	1x	4 stdl.
ab 1. postoperativen Tag	1x	8 stdl.	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
ab 4. postoperativen Tag	1x	12 stdl.	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
ab 5. postoperativen Tag	1x	1x/ 24 Std.	keine	12 stdl.	1x pro Schicht	keine	4 stdl.
Geräteüberwachung Zu-/Ableitungskontrolle	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
Präop. Sprechstunde 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
Aufklärung	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
Anästhesie-Abklärungen	Ambulant Intubation	Ambulant Intubation	Ambulant Intubation	Ambulant Intubation	Ambulant oder stationär Intubation	Ambulant Intubation	Ambulant Intubation
OP-Planung	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
Verordnungen präop.	-	-	-	Physiotherapie	Blutgruppe, Type+Screen	Blutgruppe, Type+Screen Physiotherapie	-
Verordnungen postop.	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
Rezept	Analgetika	Analgetika	Analgetika	Analgetika	Analgetika	Analgetika	Analgetika
Arbeitsunfähigkeit	5 Tage	5 Tage	2 Wochen	4 Wochen	4-6 Wochen	4 Wochen	1-2 Wochen
Verhaltensregeln	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
Nachkontrolle	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
Besonderes	-	-	-	-	-	-	-
Optimale Verweildauer	Ambulant	2 Tage	4 Tage	4 Tage	7 Tage	5 Tage	Ambulant

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	→	- Distress (D) Anamnese (PA) Pflegediagnose (PD) durch BCN - Fall- und Fachführung durch BCN im stationären Setting - BCN ist Prozessverantwortliche für gesamten Pflegeprozess - Psychoonkologie anmelden entsprechend Distress und Bedarf der Pat. Anmeldung wird durch BCN eingeleitet (Konsil-Arztverordnung) - Information und Organisation Komplementärmedizin	→ zusätzlich Physiotherapie für Schulter-beweglichkeit (Axilla/SLN)	→	→ zusätzlich Physiotherapie für Schulterbeweglichkeit (Axilla/SLN)	keine BCN Betreuung
Darmvorbereitung	Ø	→	→	→	→	→	→
BE ¹ Urin ² via Labor	¹ Ø ² SS-Test bis 50 J.	→	→	→	→	→	→
Kost	- präoperativ : LK - postoperativ: Normalkost	→	→	→	→	→	→
Mobilisation/Körperpflege	- Mob frei - Duschen ab 1. post. OP-Tag	→	→	Bettbügel entfernen Betroffenen Arm mit Kissen lagern bis 1. postop. Tg. und länger auf Wunsch der Pat. Schulterbeweglichkeit fördern. Mob. frei Duschen nur brustabwärts (Brust muss trocken bleiben), Haare mit Kopf voran waschen. Duschen einschl. Brust erst nach amb Wundkontrolle und Entfernung der Steristrips.	Mob frei →	Bettbügel entfernen , 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
Wundkontrolle/ Verbandswechsel (VW)	Wundkontrolle 1x tgl., VW gemäss Hygienestandard	→	→ Hinweis: vorhandene Steri Strip nur wechseln, wenn stark feucht/blutig	→ →	→ Folienverband ganze Brust: 5 Tage belassen	→ Hinweis: vorhandene Steri Strip nur wechseln, wenn stark feucht/blutig	→
Thromboseprophylaxe	- keine ATS Knie - Fragmin n. Verord. während Hospitalisation	→	→	→	ATS Knie Fragmin n. Verord.	→	keine ATS Fragmin n. Verord.
Infusionen/Schmerztherapie	Infusionen und Schmerztherapie n. Verord.	→	→	→	→	→	→
Besonderes		Coldpack n. Verord.	→	→	→	→	→
Besonderheit "Stratice"	Bei der OP Methode " Stratice " ist eine Kühlung postoperativ grundsätzlich verboten!!!						
Betreuung durch Breast Care Nurse (BCN)	- Distress (D) Anamnese (PA) Pflegediagnose (PD) durch BCN - Fall- und Fachführung durch BCN im stationären Setting - BCB ist Prozessverantwortliche für gesamten Pflegeprozess - Psychoonkologie anmelden entsprechend Distress und Bedarf der Pat. Anmeldung wird durch BCN eingeleitet (Konsil-Arztverordnung) - Information und Organisation Komplementärmedizin	→	→	Betreuung Prozessphasen & zusätzlich: - Amb vor OP (PA und DI Stress) - Fall- und Fachführung während stationärem Aufenthalt - Pflegerische Sprechstunde 12 Tage und 8 Wochen post OP - Telefonischer Kontakt 3 Wochen post OP - pflegerische Sprechstunde nach Bedarf	→	Betreuung Prozessphasen & zusätzlich: →	keine Betreuung durch BCN

Standardüberwachung (ohne Auffälligkeiten) nach senologischen 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	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	Ø	→	→	→
Spezielle Untersuchungen	Ø	Angio-CT präoperativ Venflon (grün) legen	Ø	→
BE ¹ Urin ² via Labor	¹ ABO-Blutgruppe, Type &Screen ² SS-Test bis 50 J.	→	¹ Ø ² Ø	→
Kost	- präoperativ : LK - postoperativ: Normalkost	→	→	→
Mobilisation	- Mob frei; Bettbügel entfernen - Mobilisation in den ersten 24 Std. <u>immer</u> in Begleitung (Hochrisiko Sturz aufgrund ortho. Hypotonie)	→	Mob frei	→

Aufgaben Pflege	Mamma -Reduktionsplastik	DIEP	Mamillenrekonstruktion	Prothesenwechsel
Verbandswechsel	2-tg. gemäss Hygienestandard - Folienverband 5 Tage belassen - vorhandene SteriStrip nur wechseln, wenn stark feucht/blutig - Stütz-und Kompressions-BH n. Verord. (wird vom OP abgegeben)	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	- keine ATS Knie - Fragmin n. Verord.	→	→	→
Besonderes	Coldpack n. Verordnung	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 erfolgt gemäss **Wärme/Farbe/Recap** (spezielles Überwachungsblatt) und ab 2019 mit zusätzlicher Dopplerkontrolle.

- 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

Dopplerkontrolle: Gerät einschalten, Lautstärke einstellen, Ultraschallgel auf Dopplerspitze, Messung bei blauem Faden (evtl. zweiter Faden vorhanden),

Auswertung: + hörbare Blutzirkulation

– keine hörbare Blutzirkulation → sofortige Info an Arzt