



QS SEPSIS: AUDIT-CHECKLISTE – ZVK-PFLEGE

Auditor / -in: _____ Datum: _____ Audit [1] [2] [3] [4] Halbjahr [1] [2] in 20____

Klinik / Abteilung / Station: _____ / _____ / _____

Patient: Name / Vorname _____ / _____ Geburtsdatum: _____

DOKUMENTATION

Kriterium erfüllt	Ja	Nein	Bemerkungen
Indikation für ZVK ärztlich dokumentiert bzw. ersichtlich?			•
Datum ZVK-Anlage dokumentiert?			•
Letzter Verbandwechsel dokumentiert?			•
Inspektion Einstichstelle 1 x pro Tag dokumentiert?			•

INSPEKTION

Kriterium erfüllt	Ja	Nein	Bemerkungen
Einstichstelle beurteilbar und reizlos?			•
Verband sauber und sicher fixiert?			•
Konnektionsstellen verschlossen und sauber?			•
Infusionssystem korrekt beschriftet (Anbruchdatum / Inhalt)?			•

BEURTEILUNG DER PROZESSE

Kriterium erfüllt	Ja	Nein	Bemerkungen
Händehygiene vor jeder Manipulation am ZVK durchgeführt?			•
Desinfektion der Konnektionsstellen vor jeder Manipulation?			•
Bei Beobachtung eines Verbandwechsels: - Ablauf und Durchführung adäquat?			•
Wechselintervall ZVK-Verband eingehalten? - Gaze < 72 h - Folie 7 Tage (bzw. nach Herstellerangaben)			•
Wechselintervall Infusionsleitungen korrekt? - Lösungen nicht häufiger als 96 h - Lipide < 24 h - Blut < 6 h			•
Spülung des ZVK mit steriler NaCl 0,9%-Lösung?			•
Gesamtbeurteilung:			

Unterschrift _____