

## CRITICAL INCIDENT REPORTING

### SEDATION in der GASTROENTEROLOGIE ("CIRS-S-Gastro")

Bitte benutzen Sie dieses Formular zur Eingabe eines **kritischen Ereignisses** \*, das ohne Intervention zu einem unerwünschten Ausgang, d.h. einer physischen od. psychischen Beeinträchtigung einer Patientin / eines Patienten hätte führen können oder trotz Intervention dazu geführt hat.

(\*Ereignis verursacht durch die Behandlung/Betreuung der Patientin / des Patienten und nicht durch das Grundleiden des Patienten alleine)



#### Zeitpunkt

Datum		Uhrzeit	
-------	--	---------	--

#### Untersuchung Ort

<input type="checkbox"/>	Praxis
<input type="checkbox"/>	Spital
<input type="checkbox"/>	Ambulatorium
<input type="checkbox"/>	Andere

#### Untersuchung Typ

Notfall

Elektiv

#### Untersuchung Art

<input type="checkbox"/>	Konsultation
<input type="checkbox"/>	Gastroskopie
<input type="checkbox"/>	Koloskopie
<input type="checkbox"/>	ERCP
<input type="checkbox"/>	Leberbiopsie
<input type="checkbox"/>	Andere

#### Komplikation im Zusammenhang mit Sedation

<input type="checkbox"/>	Propofol
<input type="checkbox"/>	Propofol + Opioide
<input type="checkbox"/>	Benzodiazepine
<input type="checkbox"/>	Benzodiazepine + Opioide
<input type="checkbox"/>	andere

### Beschreibung des Ereignisses

Fallbeschreibung bis hin zum Ereignis, ohne jene Details, die die Patientin / den Patienten oder Sie identifizieren könnten:

### Beschreibung des Managements / der gezogenen Konsequenzen:

### Konsequenzen / Interpretation

Beeinflusste das Ereignis das Ergebnis?                      JA                                      NEIN

Wie?

Ihrer Meinung nach war das Ereignis                      vermeidbar                      nicht vermeidbar

### Zuordnung des Ereignisses

<input type="checkbox"/>	Instrumentarium
<input type="checkbox"/>	Patientin / Patient
<input type="checkbox"/>	Ärztin / Arzt
<input type="checkbox"/>	Mitarbeitende
<input type="checkbox"/>	Organisation
<input type="checkbox"/>	Kommunikation

**Folgen des Ereignisses**

leicht

schwer

	Keine
	vorübergehend
	bleibend

**Bemerkungen**

--

Formular senden an

Geschäftsstelle SGGSSG  
c/o gkaufmann Verbandsmanagement  
Wattenwylweg 21  
CH- 3006 Bern  
[office@sggssg.ch](mailto:office@sggssg.ch)