



Tonsillektomie

BHM 001

Version 01

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

1 Ziel und Zweck

Darstellung des Behandlungsablaufes bei der Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillen) in Vollnarkose oder Lokalanästhesie.

Ziel ist die vollständige Präparation und Entfernung der Gaumenmandel in der Kapselschicht des Tonsillenbettes und histologische Untersuchung der Tonsillen.

2 Anwendung

2.1 Indikationen

chronisch rezidivierende Angina tonsillaris acuta

chronische Tonsillitis mit lokalen Beschwerden und/oder Foetor ex ore und anderen regionären Lymphomen

- Peritonsillarabszeß
- tonsillogene Sepsis oder Phlegmone
- Verdacht auf tonsillogenes bzw. postanginöses Herdgeschehen, z.B. rheumatisches Fieber, Glomerulonephritis, Pustulosis palmaris et plantaris, Fokussanierung
- exzessive Tonsillenhyperplasie mit Atem- und /oder Schluckbehinderung
- Verdacht auf Malignom der Tonsille
- Verdacht auf tonsillogenen Primäreffekt einer Halslymphknotentuberkulose

→ Laterale Halsfisteln mit Fistelöffnung im Tonsillenbett

- **Kontraindikationen**
- schwere kardiovaskuläre Erkrankungen
- schwerer Hypertonus
- Leberinsuffizienz
- manifeste Leukämie / Agranulozytose
- Gerinnungsstörungen (bei strenger Indikationsstellung durch → den Direktor der Klinik)
- Marcumarpatienten (nach Rücksprache mit Hausarzt und Anästhesisten absetzen und Umstellen der Marcumarisierung auf

Heparin-Dauerperfusion bis zum 7. postoperativen Tag, dann erneute Marcumarisierung)

- konsumierende Allgemeinerkrankungen
- offene Gaumenspalten - nur bei strenger Indikation
- Schwangerschaft - nur bei strenger Indikation
- Impfung - nur bei strenger Indikation
- ? ausgeprägte Pharyngitis sicca nach Ausschluß einer rhinogenen Ursache
- Acetylsalicylsäureeinnahme in den letzten 7 Tagen vor der OP, bei elektiven Eingriffen

2.3 Risiken

Nachblutung bis zum 21. postoperativen Tag mit ggf. erforderlicher operativer Intervention:

- lokale Umstechung, Vernähen der Gaumenbögen, Unterbindung der A.carotis externa
- Tod durch Verbluten
- erforderliche Bluttransfusion
- Aspiration von Blut
- Veluminsuffizienz, offenes Näseln durch Verletzung der Gaumenbogenmuskulatur
- vorübergehende oder (selten) → bleibende Geschmacksempfindungsstörungen
- Verletzung der Lippe, der Zunge, Zahnschädigung, Kiefergelenkstörungen durch Einsetzen des Tonsillenspatels
- Sepsis, Halslymphknotenabszeß, Halsphlegmone, Jugular→ **venenthrombose**, Mediastinitis, Retro- oder Parapharyngealabszeß
- vorübergehende oder bleibende Schädigung des N. hypoglossus, N.lingualis

3 Beschreibung des Ablaufes

3.1 Prä-OP (Phase 2)

3.1.1 Aufnahme des Patienten auf der Station (Phase 1), (Zeit: ca. 10-15 Min.)

Die Patienten werden → **einen Tag präoperativ aufgenommen.**

Um 10 Uhr Einbestellung des HNO-Patienten auf die Station.

Datenerfassung mittels Versicherungskarte, Kontrolle des Einweisungsscheins durch die Pflegekraft.

Die Krankenpflegekraft:

1. begrüßt den Patienten, stellt sich mit Namen und Angabe der Funktion / Beruf vor

2. zeigt dem Patienten die Räumlichkeiten der Station und informiert über Abläufe / Besuchszeiten,
3. weist den Patienten in das Essenbestellwesen ein,
4. händigt dem Patienten das Informationsmaterial der Station aus,
5. ermittelt den Einweisungsgrund und die Kenntnisse des Patienten über den Krankenhausaufenthalt,
6. ermittelt pflegerelevante Nebendiagnosen
7. befragt den Patienten nach bekannten Allergien,
8. ermittelt, welche Medikamente der Patient regelmäßig einnimmt, ob er ausreichend Medikamente mitgebracht hat und die Selbständigkeit der Einnahme (ggf. werden Medikamente bestellt und gerichtet),
9. ermittelt Größe, Gewicht, Temperatur, RR (ggf. BZ),
10. erhebt die Sozialanamnese (Tel. Nr. Kontaktperson, häusliche Versorgung gesichert?),
11. erfasst, ob eine Begleitperson mit aufgenommen wird,
12. beobachtet den Aufnahmezustand des Patienten (Mobilität, körperliche Verfassung, Bewusstsein...),
13. ermittelt, ob der Patient Hilfsmittel / Prothesen mitgebracht hat und ob er Probleme in der Handhabung hat,
14. erfragt die aktuelle Situation / Befindlichkeit entlang der Lebensaktivitäten inklusive Ressourcen des Patienten, sofern pflegerische Unterstützung notwendig wird,
15. ermittelt das Dekubitusrisiko anhand der Nortonskala (nicht bei Jugendlichen unter 18 Jahre),
16. bittet den Patienten, sich am Aufnahmetag auf der Station aufzuhalten, bis alle ärztlichen Untersuchungen abgeschlossen sind und die Einwilligungen zur OP und zur Anästhesie unterschrieben sind.

Ärztliche Aufnahme des Patienten: (Zeit: ca. 20-30 Min.)

1. Anamnesegespräch
2. Klassische HNO Spiegeluntersuchung
3. Diagnostische Maßnahmen einleiten und durchführen
 - Routine Labor: Blutbild, Quick, PTT, E'lyte
 - Sonder Labor: Medikamentenspiegel, ASL-Titer Bestimmung, Schilddrüsen-
- funktionswerte**
4. Termin für Gustometrie vereinbaren
5. Befunde beurteilen
6. Patient wird dem Oberarzt vorgestellt
7. Diagnose wird gestellt

8. Therapieverfahren (konventionell vs. Ultraschallskalpell) festgelegt
9. Patient wird über das Therapieverfahren informiert
10. Patient wird über das Operationsverfahren aufgeklärt

3.1.2 Aufklärungsgespräch durch den Stationsarzt/Operateur (**Zeit: 10-15**)

Die Aufklärung wird bei Elektiveingriffen am Tag vor der Operation oder bei Indikationsstellung in der Poliklinik, in Notfällen noch am Operationstag von einem approbierten Arzt der HNO-Abteilung vorgenommen. Die Aufklärung muss die unter 2.3. genannten Punkte einzeln erwähnen, erläutern und dem Patienten ausreichend Zeit geben, Fragen hierzu zu stellen, bevor er seine Einwilligung zum Eingriff durch seine Unterschrift erklärt.

Mittags Vorstellung des Patienten beim Oberarzt dieser Station, hierbei wird nochmals die Indikationsstellung und Operationstauglichkeit des Patienten überprüft, ggf. wird eine weiterführende Diagnostik oder Konsiliaruntersuchung indiziert.

Abschließend erfolgt → **in besonderen Einzelfällen (s. Kontraindikationen)** die Vorstellung des Patienten in der Abschlussbesprechung beim leitenden Oberarzt oder Chef und die abschließende Dokumentation.

3.1.3 OP-Anmeldung

Schreiben der OP-Kärtchen bis 11:00 Uhr → **des präoperativen Tages** und Abgabe beim leitenden Oberarzt.

(entfernt)

(entfernt)

Der Patient wird → **um 14.15 Uhr** auf dem OP-Plan des nächsten Tages bestätigt und an der OP-Tafel gekennzeichnet. Ergänzungen → **(alternative Technik, zusätzliche Erkrankungen, z.B. Diabetes, Schlafapnoe, die relevant für die Position auf dem OP-Plan sind (verkürzte präoperative Nüchternphase, längere Zeit postoperativ im Aufwachraum))** müssen verbindlich hierbei nachgemeldet und mit „Neu“ gekennzeichnet werden.

Bei Notfall-Indikationen wird in jedem Falle der diensthabende Oberarzt verständigt und die Indikation als Notfalleingriff mit aufgeschobener Dringlichkeit besprochen. Bei Unklarheiten wird der Patient vom Oberarzt untersucht und festgelegt, ob der Patient einer stationären Behandlung und ggf. sofortigen Operation bedarf.

Die Operation darf an den ärztlichen Dienst delegiert werden, sofern der Leiter der Abteilung die Genehmigung hierzu erteilt hat. → **Der mit den Namen der Operateure und der OP-Aufsicht führenden Ober/Fachärzte versehene Operationsplan wird von der zuständigen Sekretärin abgetippt und als verbindliches Dokument dem Direktor der HNO-Klinik, der/dem aufsichtführenden Facharzt/ärztin der Anästhesieabteilung, dem OP-Personal und den Stationen weitergegeben. Dieser Plan kann nur nach Rücksprache mit dem Direktor der Klinik bzw. seinem Stellvertreter geändert wer-**

den.

Privatpatienten werden prinzipiell vom Liquidationsberechtigten oder dessen Stellvertreter operiert.

3.1.4 Aufklärungsgespräch durch die Anästhesie (Zeit: ca. 15-20 Min.)

Aufklärung zur Narkose, Ablauf und Prämedikation oder siehe Vorbereitung des Patienten und der notwendigen Unterlagen für die Prämedikation an dem Ort des Aufenthaltes des Patienten durch das Ambulanzpersonal (**Standard Anästhesie** – Prämedikation)

Standard Anästhesie einfügen

Prinzipiell Intubationsnarkose bei:

- Kindern bis zum 18. Lebensjahr
- abzedierenden, phlegmonösen Tonsillitiden
- Tumor-Tonsillektomien
- Epilepsiepatienten
- psychovegetativ labilen Patienten
- Patienten ohne Deutschkenntnisse → n
- Patienten mit Gerinnungsstörungen, sofern überhaupt möglich

Lokalanästhesie bei Patienten mit ausdrücklichem Wunsch → (entfernt: keine LA bei nicht narkosefähigen Patienten!!!!).

3.1.5 OP-Vorbereitung (Zeit: ca. 10 Min.)

Die Krankenpflegekraft führt **am Abend vor der Operation** folgende Maßnahmen durch:

Administrativ:

Patientenakte mit:

- OP- und Einverständniserklärung
- Laborwerten, EKG, Röntgen Thorax und HNO-Befunden entsprechend ärztlicher Anordnung
- Histologieformularen
- OP Berichtsformular
- post OP Zettel
- 2 Etikettenbögen
- Planette

Pflegerisch:

- Information über den voraussichtlichen Zeitpunkt der OP
- → **nochmals (nach Anästhesieanweisung)** Patienten aufklären, dass er ab 22:00 Uhr nicht mehr essen, trinken und rauchen darf
- OP Hemd und Netzhose bereitlegen
- Nierenschale, Kosmetiktücher und Klebebeutel bereitlegen

- duschen und Haare waschen lassen (nicht am OP Tag, da dieses den Kreislauf zu sehr anregen kann)
- Patienten informieren, dass am Morgen der OP Zahnprothesen, Schmuck, Piercing und Nagellack zu entfernen sind
- Patienten mit Kunstnägeln aufklären, dass es intraoperativ zu Beschädigungen kommen kann – wenn an allen Nägeln Kunstnägel vorhanden sind -> Rücksprache mit der Anästhesie!
- Patienten aufklären, dass er postoperativ während des Stationsaufenthaltes nicht mehr duschen darf und keine Haare waschen sollte (Nachblutungsgefahr)
- zur Abgabe des Schrankschlüssels Briefumschlag aushändigen, den der Patient selbst mit Namen und ZiNr. beschriftet und auf dem zugeklebten Falz unterschreibt
- verordnete Prämedikation verabreichen.

Die Krankenpflegekraft führt **am Morgen vor der Operation** folgende Maßnahmen durch:

Administrativ:

- Patientenakte auf Vollständigkeit überprüfen
- überprüfen, ob die Laborwerte vom Stationsarzt abgezeichnet wurden - bei Auffälligkeiten der Werte diensthabenden Arzt informieren.

Pflegerisch: (Zeit: ca. 15 Min.)

- Wecken des Patienten, Körperpflege und OP-Bett richten
- Prä. Med. und evtl. patienteneigene Medikamente nach Anordnung verabreichen.
- RR, Temperatur messen und dokumentieren; bei Diabetikern auch NÜ BZ
- überprüfen, ob Nagellack, Schmuck, Piercing, Zahnprothesen entfernt wurden
- überprüfen, ob Nahrungskarenz und Rauchverbot eingehalten wurde
- Patienten zum Toilettengang auffordern
- Patienten zur Körperpflege auffordern bzw. Körperpflege/ spezielle Pflege durchführen
- OP Wäsche anziehen (lassen)
- private Utensilien aus dem Bett entfernen lassen
- Briefumschlag mit dem Schrankschlüssel entgegennehmen und in einem verschlossenen Schrank verwahren
- verordnete Prämedikation verabreichen
- Patienten auffordern, nach Einnahme der Prämedikation nicht mehr aufzustehen (Kollapsgefahr)
- Patientenakte und ggf. Standardmedikamente (Asthma Spray etc.) mit in den OP geben.

3.1.6 Übergabe des Patienten vom Pflegepersonal (Station) an das OP-Team

(Zeit: ca. 15 Min) → Lagerung des Patienten auf dem OP-Tisch

3.2 OP-Tag (Phase 3)

3.2.1 Anästhesie

Anästhesiestandards einfügen

3.2.2 Antibiose

Eine systemische Antibiose bei elektiven Tonsillektomien als Fokussanierung vor geplanter Herzoperation nur bei entsprechenden Risikogruppen wie z.B. Endocarditis-Prophylaxe.

3.2.3 Beschreibung des Eingriffs

3.2.3.1 Lagerung des intubierten Patienten

→ Der Patient liegt nach Intubation flach auf dem Rücken, der Kopf darf bei Reklination nicht frei hängen. Lagerung des Kopfes in einem Ring, um Seitwärtsdrehen zu vermeiden.

3.2.3.2 Lagerung des Patienten zur OP in Lokalanästhesie

der Patient wird mit dem OP-Tisch in halbsitzende Position gebracht. Ein OP-Bügel wird nicht angebracht.

3.2.3.3 Abdeckung, Vorbereitung durch das OP-Personal

Kopf: zwei kleine OP-Tücher unter den Kopf, das obere wird dreieckförmig gefaltet, die Spitze des Dreiecks zeigt nach cranial. Die lateralen Tuchenden werden in schrägem Zug über der Stirn mit dem cranialen Tuchende vereint und mit einer Backhausklemme fixiert.

Körper: Abdecken mit einem großen OP-Tuch.

Anbringen der Halterung für den 90-Grad OP-Bügel am OP-Tisch auf der rechten Seite.

Fixieren des 90-Grad OP-Bügels an der Halterung zunächst parallel, nach Einsetzen des Tonsillenspatels durch den Operateur quer zur Körperachse des Patienten.

Einkleiden der OP-Schwester (sterile OP-Handschuhe).

Vorbereiten des Sauger in Zusammenarbeit mit dem OP-Springer.

Einkleiden des Operateurs (Stirnlampe, OP-Handschuhe, OP-Kittel) durch OP-Springer und instrumentierende Schwester.

Bereitstellen eines OP-Stuhls am Kopfende des Patienten durch den OP-Springer.

3.2.3.4 Anordnung des OP-Teams zur OP in Vollnarkose

Operateur: Kopfende

OP-Schwester: rechts vom Operateur

Instrumentiertisch: vor der OP-Schwester

Anästhesiegerät: links vom Operateur

Anästhesist: hinter dem A´gerät vom Operateur aus gesehen

3.2.3.5 Anordnung des OP-Teams zur OP in Lokalanästhesie

Operateur: rechts vom Patienten

OP-Schwester: links vom Operateur

Instrumentiertisch: links von der OP-Schwester

3.2.3.6 Instrumentiertisch/ Instrumente

2 Gefäßklemmen

1 Fadenfinder

1 gebogene Fadennadel

1 Raspartorium

1 Tonsillenpräparierschere

1 Nahtmaterial: Softcat-plain 2 x 0

2 Tonsillenschnürer

1 Tonsillenfaßzange

1 Einmalsaugschlauch

8 Kugeltupfer

1 Mundsperrer nach McIvor

• Spatel nach Russel- Davis in verschiedenen Größen

1 lange anatomische Pinzette

1 Velumretraktor

1 Wendeltubus

3.2.3.7 Eingriff in Vollnarkose

Vor dem Beginn der operativen Tätigkeit überzeugt sich der Operateur nochmals von der Indikation, fehlenden Kontraindikationen und dem Vorliegen einer rechtsgültigen Einverständniserklärung.

Tubus oral, exakt in der Mitte positioniert und an der Haut mit Pflaster fixiert.

Geschlossenes Einführen des McIvor-Spatels, den median liegenden Tubus aufladen und den Sperrer vorsichtig öffnen. Er muß sich sicher zwischen Schneide- und Eckzähnen abstützen können und darf die Zunge nur unvollständig bedecken, Spatelgröße nach diesen Kriterien auswählen.

1. Einsetzen des McIvor-Spatels und Aufstellen der Bruststütze nach Negus.

2. Fassen der Tonsille mit der Colver-Fasszange

3. nach Schlitzen des vorderen Gaumenbogens mit der Schere, wird die Tonsille halbscharf mit dem Raspartorium nach Henke aus dem Tonsillenbett, vom oberen Pol angefangen, herauspräpariert

4. Umgreifen der Tonsille mit der grösseren Fasszange nach Blohmke.

5. Am Zungengrund Abschnüren der Tonsille mit einer Schlinge. ggf. Einlegen eines

Kugeltupfers in die Tonsillenloge.

analoges Vorgehen auf der Gegenseite.

6. → **blutende Gefäße werden nach Ermessen des Operateurs angeklemt mit Overholtklemmen und umstochen mit Vicryl 2/0, dabei wird die Nadel jeweils von lateral nach medial geführt; Blutstillung möglich auch mit bipolarer Koagulation**

7. Herausnehmendes Mc. Ivor Spatels

8. Zählkontrolle

9. Weitergabe der Tonsille an den OP-Springer, der nach Beendigung des Eingriffs die Tonsille in ein mit Formalin gefülltes Gefäß gibt und verschließt

10. Dokumentation

Besonderheiten: Abszeß TE - Abstrichröhrchen bereithalten → ggf. 10er Spritze plus Punktionskanüle zur Aspiration.

TU-TE - Kork und Stecknadeln, um das Präparat zu kennzeichnen.
ggf. Monopolare Präparation und Koagulation.

3.2.3.8 Operationstechnik in Lokalanästhesie

Aufsprühen von 4% igem Xylocain auf die Rachenhinterwand und in den Mundraum durch den Operateur.

Infiltrationsanaesthesie mit 2%igem Xylocain mit Adrenalinzusatz (Kontraindikationen siehe dort) um die Tonsillenbetten.

Hierbei muss der Zungengrund durch einen rechtwinkligen Mundspatel durch den Operateur mit dessen linker Hand nach caudal gedrückt werden, um auch eine Infiltration bis in die Plica triangularis zu ermöglichen.

Auf jeder Seite wird eine Menge von 10 ml infiltriert, diese verteilt sich auf 3 Depots im Bereich des vorderen und zwei Depots im Bereich des hinteren Gaumenbogens, in die Tonsille selbst wird nicht infiltriert.

Nach Ablauf von mindestens fünf Minuten erfolgt die Dissektion. Der Patient öffnet hierzu den Mund, der Zungengrund und -körper wird mit einem rechtwinklig gebogenen Mundspatel mit der linken Hand des Operateurs nach caudal gedrückt, sofern dies aus Übersichtsgründen erforderlich ist.

Beendigung des Eingriffs nach suffizienter Blutungsstillung, sofern erforderlich.

3.3 Postoperative Versorgung ab OP-Tag (Phase 4)

Überwachung von: Puls, RR, Atmung, Nachblutungen beachten

Durchführung ärztlicher Anordnungen, ebenso Analgetikagabe

Bilanzierung / Dokumentation

Kaltkompressen

3.3.1 Verlaufsdokumentation, Monitoring

3.3.1.1 Patientenübergabe OP-Aufwachraum (AWR)

Die Übergabe erfolgt von dem Anästhesisten an die zuständige examinierte Pflegekraft, **nachdem** der Patient an die Überwachung angeschlossen ist.

3.3.1.2 Monitoring im Aufwachraum (AWR)

Erwachsene:

1. kontinuierliche Pulsoxymetrie am Finger, bei Messstörungen evtl. am Ohrläppchen am Zeh.

2. kontinuierliche EKG-Überwachung:

- 5-polig/ 3-polig
- Kontrolle der Ableitung auf dem Bildschirm
- Kontrolle der Klebeelektroden, Kabel und Verbindungen
- Kabel müssen frei liegen

3. Blutdruck:

- Passende Manschettengröße, korrekt angelegt und konnektiert
- Schlauchverbindungen müssen frei liegen
- Messzyklus in der Regel alle 15 min , bei Bedarf öfter
- Dokumentation
- Das Anlegen der Manschette möglichst am zugangsfreien Arm

Kinder:

1. kontinuierliche Pulsoxymetrie evtl. mit Klebeelektroden
2. kontinuierliche EKG-Überwachung mit 3-poligem Kabel
3. Blutdruckmessung nur auf Anordnung (z.B. bei bekannter Hypertonie)

Alle Kabel über die Gitterbetten führen, um die Gefahr einer Strangulierung zu vermeiden. Die Alarme müssen aktiviert sein. Die Messgrenzen sind dem jeweiligen Patienten angemessen einzustellen.

3.3.2 Medikation

Analgetikaschema nach dem Prinzip der WHO (Anästhesie)

3.3.3 Thromboseprophylaxe

(Anaesthesie)

3.3.4 Kostaufbau

Am Tag der Operation

- Eis oder Eistee
- leichte (passierte) Kost

Am 1. post OP Tag

- leichte (passierte) Kost

Am 3.- 4.Tag (**Entlassung**)

- Leichte, wenig gewürzte Kost

Weitere Tage

- Möglichst kein Obst, Obstsaft oder Getränke mit Kohlensäure für 14 Tage.
- Alkoholverbot für 14 Tage.

3.3.5 Visite

- der Patient wird nach seiner Befindlichkeit befragt,
- es werden Absprachen zur weiteren Diagnostik / Therapie getroffen (Termine),
- ärztliche Anordnungen werden entgegengenommen und bearbeitet.

Verbandvisite:

Die Pflegekraft:

- assistiert bei der ärztlichen Behandlung (Instrumente anreichen, Patienten bei der Lagerung unterstützen,
- Patienten psychisch unterstützen,
 - entfernt Braunülen nach Absprache,
- nimmt ärztliche Anordnungen entgegen und arbeitet sie aus,
- begleitet den Patienten bei Bedarf in sein Zimmer.

3.3.6 Pflege

direkte Übernahme aus dem Aufwachraum:

- Nachblutungen beachten (Kontrolle alle 2 Stunden)
- Patient darf nicht heiß duschen oder baden
- Alles vermeiden, was den RR erhöht
- Temperaturkontrolle 3 - 4 Tage post OP
- anhand des Narkoseprotokolls über OP- und post OP-Verlauf orientieren (Besonderheiten, Schmerzmittelbedarf)
- bei Übernahme aus dem Aufwachraum sofortige Kontrolle von
 - Atmung
 - Bewußtsein (Ansprechbarkeit, Orientierung)
 - Wunden bzw. Verbände (Schwellung, Blutung)
 - Ableitungen (sichere Fixierung, störungsfreier Sekretablauf, Sekretmenge)
- Befindlichkeit (Schmerzen) erfragen bzw. beobachten und bei Bedarf verordnete Schmerzmedikation verabreichen
- Bett tief stellen und Oberkörper hochlagern
- Klingel am Bett fixieren
- Patienten informieren, dass er die Erstmobilisation nicht alleine durchführen soll
- Eiskrawatte anlegen
- Braunüle verbinden und Einlauf der Restinfusion überwachen
- Patientenakte abheften / ärztliche Anordnungen ausführen (lt. Anästhesieprotokoll bzw. post OP Zettel)

nachmittags:

- Temperatur messen und dokumentieren (1x um 16:00 Uhr), bei Diabetikern auch BZ
- stündlich bis zweistündlich Befindlichkeit des Patienten überwachen (Bewußtsein, Schmerzen, Kontrolle auf Nachblutung)
- bei Bedarf Nasen- und Kinnpartie reinigen (Wasser oder H₂O₂)
- Tee anreichen frühestens vier Stunden nach der Narkose (abhängig von Wachheit und Befindlichkeit) -> ggf. Rücksprache mit Anästhesie
- Patienten bei der Erstmobilisation unterstützen
- ggf. Bett glätten, Gummiunterlagen entfernen, Bettwäsche erneuern
- kontrollieren, ob der Patient Wasser gelassen hat (spätestens 12 Std. post OP)

nachts:

zweistündlich Befindlichkeit des Patienten überwachen (Bewusstsein, Schmerzen, Kontrolle auf Nachblutung)

3.3.7 Mobilisation, Krankengymnastik

- Normales Gehen während des stationären Aufenthaltes.
- Kein Treppensteigen.
- Kein Aufzugfahren ohne Begleitung.
- Keine physikalische Therapie
- Keine Duschbäder

3.3.8 Besonderes Verhalten bei Nachblutungen

- Ruhe bewahren
- Arzt informieren
- Nierenschale, Mundspatel und Lampe bereithalten
- Cyklocaprone zur intravenösen Gabe vorbereiten
- Privinspray zur lokalen Applikation vorbereiten
- Bei Indikation zur OP-Revision ist die OP-Bereitschaft zu informieren
- OP-Vorbereitung des Patienten

3.4 Entlassung

3.4.1 Vorbereitung auf die Zeit nach Entlassung

Dringender Rat zur körperlichen Schonung für weitere 14 Tage.

Heiße Duschen, Bäder und sportliche Betätigung sollten vermieden werden.

Im Falle einer Nachblutung sofortige Vorstellung in der nächstgelegenen HNO-Klinik dringend angeraten.

Vorstellung des Patienten beim zuständigen Oberarzt.

Aushändigung des Entlassungsbriefes ggf. handschriftlichen Kurzbriefs, der Aufenthaltsbescheinigung und des OP-Berichts.

3.4.2 Berichtserstattung an weiterbehandelnden Arzt

Eine Nachuntersuchung wird → **mindestens durch einen** handschriftlichen Kurzbrief beim niedergelassenen Kollegen empfohlen.

4 Dokumentation

Operation und Narkoseform werden in die Patientendokumentation handschriftlich eingetragen. Der Auftrag zur histologischen Untersuchung wird vom Operateur zwei Mal unterschrieben, ggf. genauer spezifiziert. Die Beschreibung des entnommenen Materials ist obligat, seitengetrennte Histologie. Der Auftrag wird vom Pflegepersonal in die Krankenakte eingeleftet.

Anordnungen bzgl. medikamentöser Verordnungen müssen in die Fieberkurve eingetragen werden (Antibiose, Analgetika, Bedarfsmedikation).

- Ambulanzkarte
- Einverständniserklärung
- Fieberkurve einschließlich Pflegestandards
- Narkoseprotokoll
- Konsiliaruntersuchungen
- OP-Bericht wird im OP diktiert
- Histologischer Befundbericht
- ggf. Rezept über Entlassungsmedikation

Kurzbrief möglichst bei endgültiger Entlassung mitgeben.

Fehlende Dokumentation muß vom Stationsarzt angemahnt und zur Vervollständigung der Akte beigelegt werden.

Erfassung der Patientendaten durch die aufnehmende Schwester und Dokumentation durch den Arzt über die ICD und ICPM Codes und DRG's. Datenerfassung in DOPLA und festhalten in einer Fallpauschalenliste für TE.

5 Ressourcen

6 Zuständigkeit, Qualifikation

- | | |
|---|--|
| • OP-Aufklärung und Einwilligung: | aufklärender Arzt |
| • Narkose-Aufklärung und Einwilligung: | aufklärender Anästhesist |
| • Aufnahmeuntersuchungen, Anordnungen: | Arzt |
| • Vorbereitung Blutentnahmen, venöse Zugänge: | Pflege |
| • Blutentnahmen, venöse Zugänge: | Arzt |
| • Visiten: | Arzt und Pflege |
| • Medikation-Anordnung: | Arzt |
| • Lagerung Station und OP: | Pflege |
| • Mobilisation: | Pflege |
| • Dokumentation: | Person, die die Tätigkeit ausgeführt hat |

7 Hinweise und Anmerkungen

8 Mitgeltende Unterlagen

Berücksichtigung der HNO-Leitlinien von 1996 Nummer 24

9 Begriffe

10 Anlagen

- HNO-Befundbogen
- Histologiebefund
- Aufklärungs- und Einwilligungsbogen Tonsillektomie
- Aufklärungs- und Einwilligungsbogen Narkose
- Anordnungsblatt (evtl. Röntgen-, EKG-, Labor-, Konsilanforderung)
- OP-Dokumentationsbogen
- Narkoseprotokoll
- Röntgenbefund (Rö-Thorax)
- OP-Bericht
- Entlassungsmitteilung
- Entlassungsbrief
- AU-Bescheinigung
- Krankenhaustagegeldformular
- Informationsblatt (Ambulanz)
- QS-Dokumentation

Hamburg, den

Autor