



# Checkliste Notfallequipment

- » Die Checkliste muss für 12 Monate aufbewahrt werden und kommt auf den Notfallkoffer.
- » Checkliste Notfallequipment monatlich checken.

Datum: \_\_\_\_\_ Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Artikel		Kürzel
Set 1 – <b>Organisatorisches</b> vollständig	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Set 2 – <b>Verbandsmaterial</b>	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Set 3 – <b>Spritzen und Kanülen</b> vollständig und haltbar	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Set 4 – <b>Venenverweilkanüle</b> vollständig und haltbar	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Set 5 – <b>Infusion + System</b> vollständig und haltbar	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Set 6 – <b>Atemweg und Oxygenierung</b> vollständig und haltbar	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Set 7 – <b>Handschuhe S</b> vollständig und haltbar	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Set 8 – <b>Handschuhe M</b> vollständig und haltbar	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Set 9 – <b>Handschuhe L</b> vollständig und haltbar	In Blutläufertüte - versiegelt mit Aufkleber	
Blutdruckmanschette	Im Koffer	
Stethoskop	Im Koffer	
Arzneimittel-Check Ampullarium	Im Koffer	
Sauerstoffflasche VOLL Nur für Notfälle vorhalten	In der Nähe des Koffers	Diese Artikel in eine Blutläufertüte und an die Sauerstoffflasche mit Pflaster anbringen.
Set 10 - Sauerstoff völlständig und haltbar		
Absauggerät mobil	In der Nähe des Koffers	Diese Artikel in eine Blutläufertüte und an das Absauggerät mit Pflaster anbringen. <b>Absaugkatheter nicht knicken!</b>
Set 11 - Absaugung völlständig und haltbar		

Download der Datei unter [kiss.uk-koeln.de](http://kiss.uk-koeln.de)



# Arzneimittel

Legen Sie diesen Zettel in „SET 1 - Organisatorisches“

**Hinweis:** Adrenalin-Ampullen sind keine Kühlware/Tavor-Ampullen müssen im Kühlschrank gelagert werden.  
Betäubungsmittel sind keine Bestandteile des Notfallkoffers.

Menge	Wirkstoff	Synonym	Wirkstoffmenge	Haltbar bis
5 Amp.	Adrenalin	Adrenalin 1:1000, 1ml Amp.	1mg/1ml	
2 Amp.	Atropinsulfat	Atropinsulfat 0,5mg/ 1ml Amp.	0,5mg/1ml	
1 Amp.	Cafedrin/ Theodrenalin	Akrinor® 2ml Inj.-Amp.	200mg Cafedrin-HCl/2ml und 10mg Theodrenalin-HCl/2ml	
2 Amp.	Dimetinden	Fenistil® 4ml Amp.	4mg/4ml	
2 Amp.	Furosemid	Lasix® 40mg/4ml Amp.	40mg/4ml	
1 Amp.	Lorazepam	<b>Tavor® 2mg Amp. (Achtung: Kühlartikel!)</b>	2mg/1ml	
1 Amp.	Ranitidin	Ranitidin 50mg/5ml Amp.	50mg/5ml	
1 Amp.	Reproterol	Bronchospasmin® 1ml Amp.	0,09mg/1ml	
1 Amp.	Urapidil	Urapidil 50mg i.v. Amp. Injektionslösung	50mg/10ml	
3 Amp.	Prednisolon	Prednisolut®250mg Amp.	250mg Prednisolon Trockensubstanz + 1 Amp. 5ml Aqua ad injektabilia	
1 Fl.	Glyceroltrinitrat	Nitrolingual akut® Spray 11,8g Flasche	0,4mg/1 Sprühstoß	
5 Amp.	Natriumchlorid	Natriumchlorid 0,9% 20ml Plastik-Amp.	0,18g/20ml	
1 Phiole	Nitrendipin	Bayotensin® akut 1ml Phiole	5mg/1ml	
3 Amp.	Glucose	Glucose 40%, 10ml Amp. (Glucosteril®)	4g Glucose/10ml	
1 DA	Fenoterol hydrobromid	Berotec® N 100 µg Dosieraerosol 10ml	0,1mg/1 Sprühstoß	



# Feedback-Bogen

» Legen Sie diesen Zettel in „SET 1 - Organisatorisches“

Ihr Name (für eventuelle Rückfragen): \_\_\_\_\_

Station/Abteilung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Art des Notfalls: \_\_\_\_\_

Folgendes Notfallteam wurde verständigt:  5555  4444  88888  Neuro  Pädiatrie

Das Notruf-Team wurde nicht verständigt, weil \_\_\_\_\_

Werden oder haben Sie eine CIRS-Meldung erstellt?  Ja  Nein

Gab es Probleme im Handling mit dem Notfallkoffer?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es im Ablauf des Notfalles Vorfälle, die Sie uns mitteilen möchten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Weitere Bemerkungen:

---

---

---

---

---

Wir möchten Sie bitten, dieses Protokoll nach jeder Nutzung des Notfallkoffers auszufüllen und es bitte per Fax zu senden an: **478-86521**

Ihr Team des KISS  
Ihr pflegerischer Notfallkoordinator 5555