



BC_a-6 Ber. Arzt – Bericht Zuweiser

PRÄOPERATIVES ABKLÄRUNGSPROTOKOLL

(Bitte elektronisch ausfüllen und per Mail an die Patientendisposition senden)

PATIENTENDATEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Diagnose _____ geplante Operation _____

OP-Datum _____ Operateur _____

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt

Ihr Patient / Ihre Patientin wurde bei uns für die oben erwähnte Operation vorgemerkt.
Zur Beurteilung der Operabilität und des Anästhesierisikos bitten wir Sie, die präoperative Untersuchung nach dem untenstehenden Schema durchzuführen. Für unsere Operationsplanung benötigen wir die Befunde spätestens zwei Wochen präoperativ, respektive so bald wie möglich.

DIAGNOSE

Noxen: Nikotinabusus (___ Zigaretten/Tag) Alkoholabusus Medikamentenabusus

MEDIKAMENTE

BEFUNDE

Gewicht _____ Grösse _____ BD _____ HF _____

ORGANSYSTEM	KLINISCHE SITUATION	VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
KHK	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> stabile AP CCS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> instabile AP CCS <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> unklare Situation	Kard. Konsil, Ergometrie Kard. Konsil
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja NYHA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	EKG Kard. Konsil, Echokardiographie, EKG
Klappenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> operiert: <input type="checkbox"/> mechanisch <input type="checkbox"/> biologisch	Keine Untersuchung Kard. Konsil, Echokardiographie
Art. Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja	
PAVK	<input type="checkbox"/> ja Stadium: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
Lunge	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
COPD/Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Stadium: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Keine Untersuchung Lungenfunktion
Schlaf-Apnoe	<input type="checkbox"/> ja CPAP-Therapie <input type="checkbox"/> ja	
Niere	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja Stadium: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Kreatinin Clearance
Leber	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja CHILD <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Cholinesterase, Quick, INR, Leberwerte
Port. Hypertension	<input type="checkbox"/> ja	
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/> ja	
Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> ja	
Symptomat. SD-Störung	<input type="checkbox"/> ja	
Hypothyrose	<input type="checkbox"/> ja	
Hyperthyrose	<input type="checkbox"/> ja	
Muskel	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	Entsprech. Berichte über Diagnose
Malig. Hyperthermie	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> familiär	
Gerinnung	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Klin. Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> thrombophile Störung <input type="checkbox"/> hämorrhagische Störung	Hämostasiolog. Konsil Hämostasiolog. Konsil

Neurologie	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Cerebrovasc. Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	NeuroStatus bei Defizit, Vask. Abklärung (wenn vorhanden)
M. Parkinson	<input type="checkbox"/> ja	
Demenz	<input type="checkbox"/> ja	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	
Allergie	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	<input type="checkbox"/> ja: _____	
Mobilität	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	<input type="checkbox"/> Stöcke <input type="checkbox"/> Rollator	
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	

Kleine Eingriffe: Arthroskopien, einfache Diskushernien, Ellenbogenchirurgie ohne Prothese, Handchirurgie, Fuss-Chirurgie, einfachere Materialentfernungen, Installation von Nervenstimulatoren und Morphinpumpen, Schmerztherapien, Port-a-Cath, CTS, Katarakt, Ganglion

Grosse Eingriffe: Prothesen, Hüft- und Kniechirurgie ohne Arthroskopien, Schulterchirurgie ausser Arthroskopien, Osteosynthesen, Wirbelsäulenchirurgie, Darmoperationen, Beckenosteotomien, Tumor-Chirurgie, septische Operationen

LABOR

- **Junge gesunde** Patientinnen/Patienten bis 60 Jahre mit blander Anamnese: **Kein präoperatives Labor**
- Bei allen Patientinnen/Patienten ab 60 Jahren: Hb, Crea, BZ; nicht notwendig für Kleineingriffe
- Bei allen Patientinnen/Patienten mit kardialen Problemen incl. Hypertonie: Hb, K, Cred; nicht notwendig für Kleineingriffe
- Für alle grossen Operationen (Darmoperationen, TUR-P, Hüft- u. Knieprothesen, Neurochirurgie, Wirbelsäulen-chirurgie, etc.): Hämoglobin, Tc, Lc, Quick, Na, K, Kreatinin, BZ, CRP
- Bei Vd. auf Gerinnungsstörung: Tc, Quick, PTT (und Meldung an Chirurgen)
- Bei allen neurochirurgischen Parteien Quick, bei intraduralen Eingriffen zusätzlich Thrombo & Thrombinzeit

LABOR VOM _____ (DATUM)

Hämoglobin _____	Na _____	GPT _____
Hk _____	K _____	Quick/INR _____
Lc _____	Kreatinin _____	Thrombinzeit _____
Tc _____	GFR _____	PTT _____
BSR _____	Harnstoff _____	Fibrinogen _____
CRP _____	BZ _____	
Andere _____	GOT _____	

EKG

- bei positiver Anamnese: aktuelles EKG
- bei allen Patienten über 60 Jahre, nicht älter als 6 Monate; nicht notwendig für Kleineingriffe
- Belastungs-EKG: für grössere Operationen bei positiver Anamnese (EKG der Patientin/dem Patienten mitgeben)

Befund: _____
EKG bitte der Patientin/dem Patienten mitgeben

THORAX

- bei positiver Anamnese

Befund _____

Bild bei pathologischem Befund bitte der Patientin/dem Patienten mitgeben

LUNGENFUNKTION

- Bei allen Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion (Asthma, COPD, usw.); bei Darmoperationen

ANÄSTHESIESPRECHSTUNDE

- für Patientinnen und Patienten mit Eintritt am Operationstag oder bei Wunsch
- für Kinder unter 8 Jahren
- für Patientinnen und Patienten mit Vorerkrankungen und grossen Eingriffen
- Anmeldung über Disposition (Tel 041 784 09 70)

VORGEHEN BEI PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT THROMBOZYTEN-AGGREGATIONSHEMMERN

Zur Primärprophylaxe:

Aspirin resp. Plavix soll 10 Tage präoperativ abgesetzt werden.

Zur Sekundärprophylaxe:

Aspirin nur absetzen, wenn intrakranielle oder intraspinale Neurochirurgie oder OP an der hinteren Augenkammer geplant, sonst Aspirin in der Sekundärprophylaxe nicht absetzen.

Plavix und Analoga:

- Im Regelfall 7-10 Tage präoperativ absetzen.
- Fortsetzen, wenn Patient koronaren drug-eluting Stent in den letzten 12 Monaten erhalten hat.
- Fortsetzen, wenn Patient koronaren bare-metal Stent in den letzten 6 Wochen erhalten hat.
- Fortsetzen wenn Patient koronare Angioplastie ohne Stent in den letzten 6 Wochen hatte.
- Wenn Patientin/Patient Plavix oder Analoga als Aspirinersatz einnimmt bitte Rücksprache mit Anästhesie.

BEMERKUNGEN/WÜNSCHE

Praxisname/Stempel

Datum/Unterschrift
