

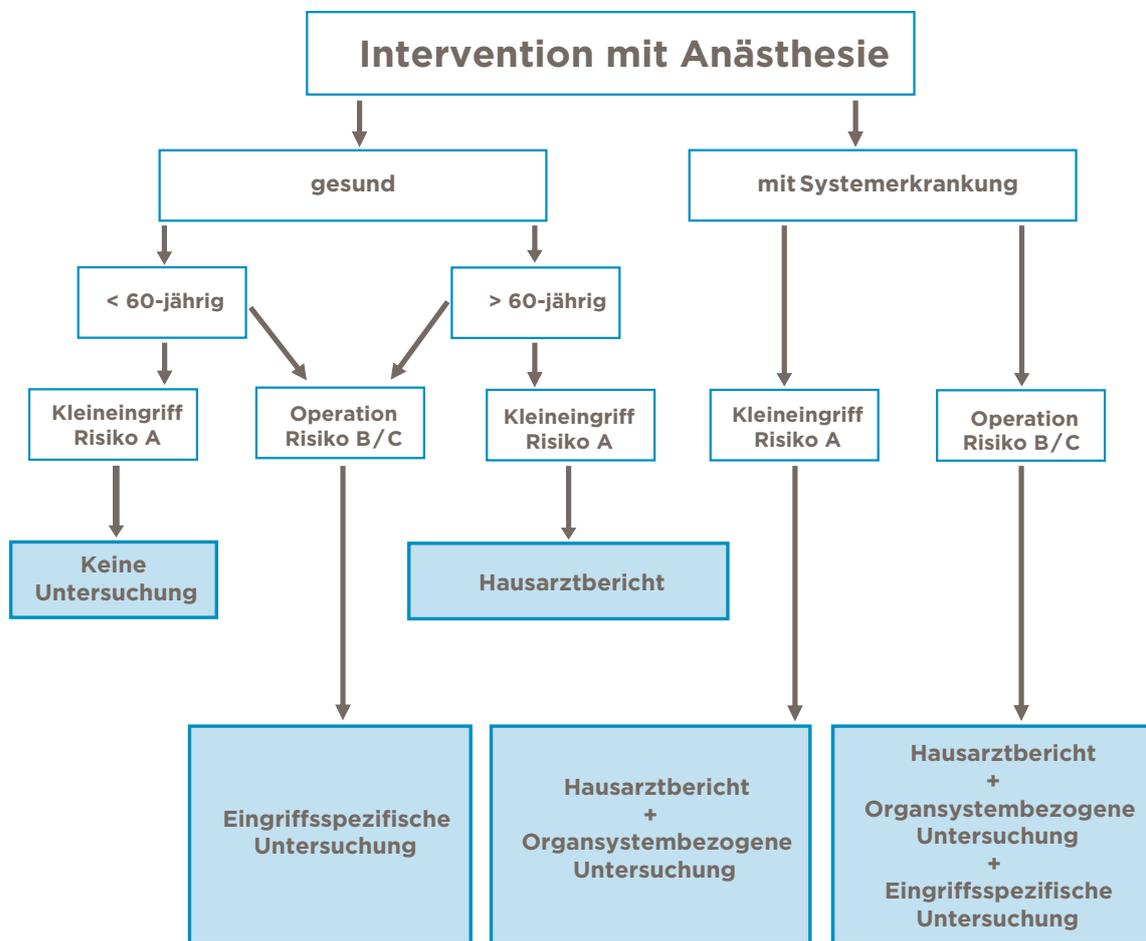
**PRÄOPERATIVE ABKLÄRUNG DURCH DEN HAUSARZT**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Bei Ihrer Patientin/Ihrem Patienten ist in nächster Zeit eine Anästhesie vorgesehen. Um das perioperative Risiko abzuschätzen und das anästhesiologische Vorgehen zu planen, benötigen wir einige Angaben zum Gesundheitszustand des Patienten. Sie helfen uns damit sehr, unnötige Untersuchungen zu vermeiden und die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Das folgende Flussdiagramm hilft Ihnen, die erforderlichen präoperativen Untersuchungen zu planen. Als Seite 3 und 4 finden Sie beigefügt das Formular «Hausarztbericht». Wir bitten Sie, dieses auszufüllen und bei entsprechenden Systemerkrankungen die vorgeschlagenen Untersuchungen zu veranlassen. Erklärungen dazu finden Sie rückseitig auf Seite 2.

Den Hausarztbericht und sonstige Berichte senden Sie bitte baldmöglichst an untenstehende Adresse unserer Anästhesieabteilung und den behandelnden Chirurgen.



**Seiten 1 und 2 sind zu Ihrer Information.**

**Seiten 3 und 4 bitte zurücksenden an:**

**Institut für Anästhesie und Intensivmedizin**  
 Salem-Spital  
 Schänzlistrasse 39  
 3013 Bern  
 T +41 31 337 80 10  
 F +41 31 337 80 11  
 ana.salem@hirslanden.ch

+

**Behandelnder Chirurg**

**Praxisstempel**

## STANDARDS DER PRÄOPERATIVEN ABKLÄRUNGEN:

### Ohne Systemerkrankungen (gesund):

Ab 60 Jahren:

- Bericht über allgemeinen körperlichen Zustand (dieses Formular oder entsprechenden Hausarztbericht).
- Bitte keine isolierten apparativen Untersuchungsergebnisse ohne Angaben zum klinischen Zustand!

### Mit Systemerkrankungen, z.B. KHK, COPD, Diabetes (diagnosebezogene Untersuchung):

Bei den entsprechenden Punkten im vorliegenden Formular bitten wir Sie, die gewünschten Untersuchungen zu veranlassen. Bereits bestehende Untersuchungsbefunde der letzten 12 Monate (z.B. Labor) sind bei stabiler Situation ausreichend.

### Bei Risiko-Eingriff B oder C (eingriffsspezifische Untersuchung):

Basis-Untersuchungen empfohlen:

z.B. Hämatologie, Gerinnung, Kreatinin, E'lyte, EKG

Eingriffsspezifische Untersuchungen empfohlen:

z.B. Zweihöhlen-Eingriff - Lungenfunktion

Eingriffe an Carotis / Aorta - kardiale Abklärung

## ERKLÄRUNGEN ZU SEITEN 3 UND 4

### KLASSIFIZIERUNG OPERATIONS-RISIKO:

**A** z.B. Arthroskopie, Schulter-OP, kleiner abdominaler Eingriff, Diskushernie

**B** z.B. grosser laparoskopischer Eingriff, grosse Wirbelsäulen-OP, Gelenkersatz, grosse Kieferchirurgie, Carotischirurgie, endovaskuläre Gefässprothesen, Prostata-OP

**C** z.B. grosse arterielle Gefässchirurgie, ausgedehnte Laparotomie, Kraniotomie, Herz-/Thoraxchirurgie, Zweihöhleneingriffe, grosse orthopädische Revisionen

### KLASSIFIZIERUNG METABOLISCHE ÄQUIVALENTE (MET):

**Bis 4 MET** kann selbstständig Körperpflege verrichten  
kann wenige hundert Meter auf Ebene gehen

**4-6 MET** kann leichte Hausarbeiten verrichten  
kann 1 Etage Treppen steigen

**Über 6 MET** kann schwere Hausarbeiten verrichten  
kann eine kurze Distanz rennen  
kann wandern, Velotouren machen

## VORGEHEN BEI PATIENTEN MIT THROMBOZYTEN-AGGREGATIONSHEMMERN

Zur Primärprophylaxe: **Aspirin** resp. **Plavix** soll 10 Tage präoperativ abgesetzt werden.

Zur Sekundärprophylaxe: **Aspirin nur absetzen**, wenn intrakranielle oder intraspinal 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 Patient Plavix oder Analoga als Aspirinersatz einnimmt, bitte Rücksprache mit Anästhesie.

**HAUSARZTBERICHT**

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und Seiten 3 und 4 faxen)

**Patientendaten**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Anamnese**

Diagnoseliste

---



---



---

Relevante Operationen

---



---



---

Medikamente

---



---



---

**Patientenstatus**

MET-Status  <4  4-6  >6 (Erklärungen siehe Seite 2)  
 OP-Risiko  A  B  C

| ORGANSYSTEM           | KLINISCHE SITUATION  | VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG  |
|-----------------------|--|--|
| <b>Herz-Kreislauf</b> | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
| KHK                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> stabile AP CCS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> instabile AP CCS <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> unklare Situation | Keine Untersuchung<br>Kard. Konsil, Belastungstest<br>Kard. Konsil |
| Herzinsuffizienz      | <input type="checkbox"/> ja NYHA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4  | Keine Untersuchung<br>Kard. Konsil, Echokardiographie, BNP         |
| St.n. Intervention    | <input type="checkbox"/> ja wann, welche, Erfolg?<br>_____   | Bericht über Intervention Anti-koagulation?<br>(s. Standards)      |
| Klappenerkrankung     | <input type="checkbox"/> ja _____<br><input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit<br><input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit  | Keine Untersuchung<br>Kard. Konsil, Echokardiographie              |
| Art. Hypertonie       | <input type="checkbox"/> ja gut eingestellt? <input type="checkbox"/> ja   |  |
| PAVK                  | <input type="checkbox"/> ja St.n. Intervention?<br>_____   | Bericht über Intervention, Anti-koagulation?<br>(s. Standards)     |

| ORGANSYSTEM             | KLINISCHE SITUATION  | VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG                                  |
|-------------------------|--|--|
| <b>Lunge</b>            | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
| COPD/Asthma             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geringe Beeinträchtigung<br><input type="checkbox"/> deutliche Beeinträchtigung | Keine Untersuchung<br>Pulmon. Konsil, Lungenfunktion         |
| Schlaf-Apnoe            | <input type="checkbox"/> ja    CPAP-Therapie <input type="checkbox"/> ja   |  |
| <b>Niere</b>            | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
| Insuffizienz            | <input type="checkbox"/> ja  | Kreatininwert, Clearance,<br>GFR nach MDRD                   |
| <b>Leber</b>            | <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  |  |
| <b>Stoffwechsel</b>     | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
| Diabetes Typ1           | <input type="checkbox"/> ja  | Medikation   |
| Diabetes Typ2           | <input type="checkbox"/> ja  | Medikation   |
| Symptomat. SD-Störung   | <input type="checkbox"/> ja  | TSH, T3, T4  |
| Andere Störungen        | <input type="checkbox"/> ja  | Medikation, entsprech. Laborwerte                            |
| <b>Muskel</b>           | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
| Erkrankung?             | <input type="checkbox"/> ja  | Entsprech. Berichte über Diagnose                            |
| Malig. Hyperthermie     | <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> familiär  |  |
| <b>Gerinnung</b>        | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
| Klin. Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> thrombophile Störung<br><input type="checkbox"/> hämorrhagische Störung         | Hämostasiolog. Konsil<br>Hämostasiolog. Konsil               |
| <b>Neurologie</b>       | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
| Cerebrovasc. Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja  | NeuroStatus bei Defizit,<br>Vask. Abklärung (wenn vorhanden) |
| Sonst. Erkrankung       | <input type="checkbox"/> ja  | Neurolog. Bericht  |
| <b>Allergie</b>         | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
|                         | <input type="checkbox"/> ja<br>_____   |  |
| <b>Sonstiges</b>        | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |  |
|                         | <input type="checkbox"/> ja<br>_____   |  |

**Bemerkungen**

---



---



---



---

**Bitte zurücksenden an:**

**Institut für Anästhesie und Intensivmedizin**

Salem-Spital  
Schänzlistrasse 39  
3013 Bern  
T +41 31 337 80 10  
F +41 31 337 80 11  
ana.salem@hirslanden.ch

Praxisname/Stempel

Datum/Unterschrift

---