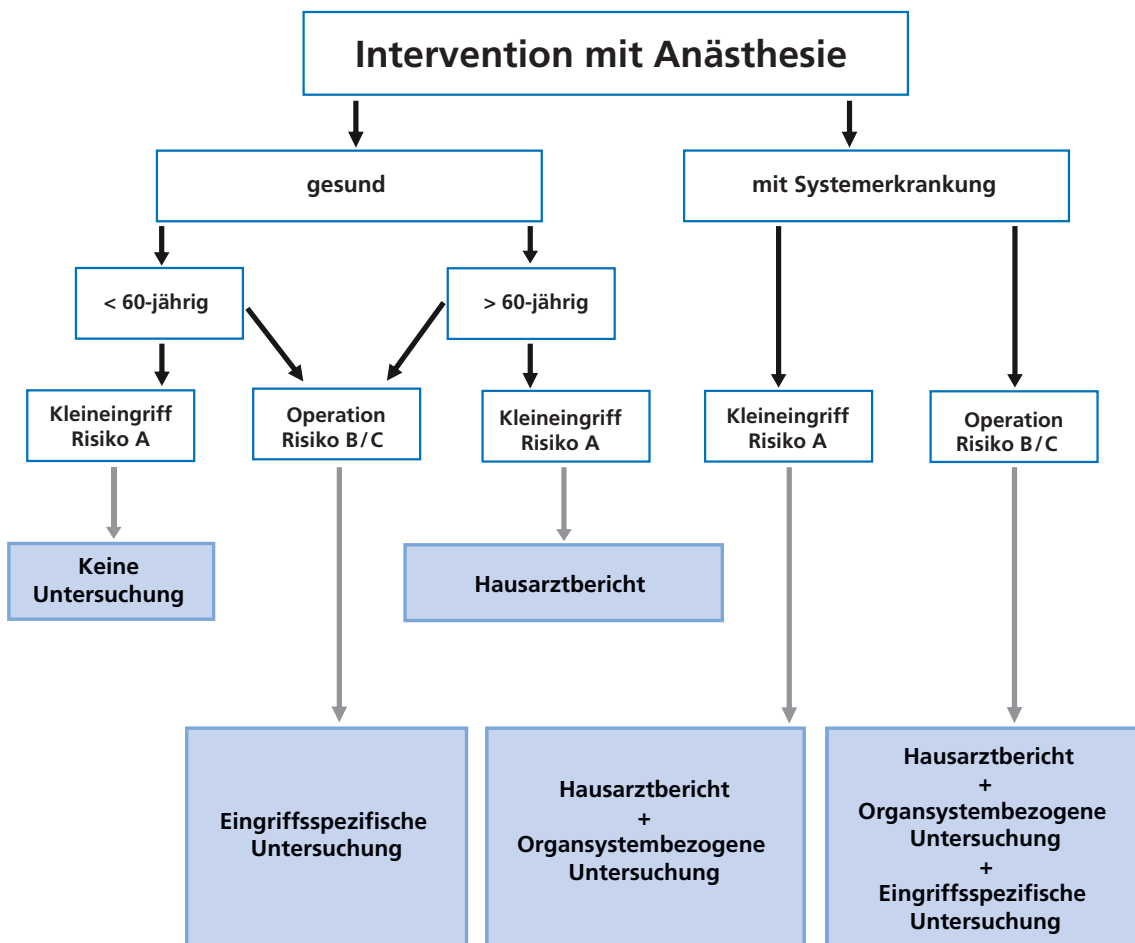


Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

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  
 3000 Bern 25  
 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 abdomineller 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 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 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

#### Herz-Kreislauf

Keine Probleme

KHK

ja     stabile AP    CCS     1     2  
 instabile AP    CCS     3     4  
 unklare Situation

Keine Untersuchung  
 Kard. Konsil, Belastungstest  
 Kard. Konsil

Herzinsuffizienz

ja    NYHA     1     2  
 3     4

Keine Untersuchung  
 Kard. Konsil, Echokardiographie, BNP

St. n. Intervention

ja    wann, welche, Erfolg?  
 \_\_\_\_\_

Bericht über Intervention Antikoagulation?  
 (s. Standards)

Klappenerkrankung

ja    \_\_\_\_\_  
 keine Beeinträchtigung  
 der Leistungsfähigkeit  
 Beeinträchtigung  
 der Leistungsfähigkeit

Keine Untersuchung  
 Kard. Konsil, Echokardiographie

Art. Hypertonie

ja    gut eingestellt?     ja

PAVK

ja    St. n. Intervention?  
 \_\_\_\_\_

Bericht über Intervention, Antikoagulation?  
 (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 <input type="checkbox"/> deutliche Beeinträchtigung	Keine Untersuchung 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, 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 Typ 1	<input type="checkbox"/> ja	Medikation
Diabetes Typ 2	<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 <input type="checkbox"/> hämorrhagische Störung	Hämostasiolog. Konsil Hämostasiolog. Konsil
<b>Neurologie</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Cerebrovasc. Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	NeuroStatus bei Defizit, Vask. Abklärung (wenn vorhanden)
Sonst. Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	Neurolog. Bericht
<b>Allergie</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	<input type="checkbox"/> ja _____	
<b>Sonstiges</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	<input type="checkbox"/> ja _____	

## Bemerkungen

---



---



---



---

Bitte zurücksenden an:

**Institut für Anästhesie  
und Intensivmedizin**

Salem-Spital  
Schänzlistrasse 39  
3000 Bern 25  
T +41 31 337 80 10  
F +41 31 337 80 11  
ana.salem@hirslanden.ch

Praxisname/Stempel

Datum/Unterschrift

---



---