

<b>Präoperative Untersuchungen</b>			
Name	Vorname	Geb. Datum	Vers. Status

Geplanter Eingriff:

Datum IPAS (SDS)-Sprechstunde:

OP Datum:

Dürfen wir Sie bitten, die präoperativen Untersuchungen gemäss der untenstehenden Liste durchzuführen und die Resultate rechtzeitig an folgende Sekretariate weiterleiten:

**1. Präoperative Abklärungen allgemein:**

*Patientinnen und Patienten ohne besonderes Gesamtrisiko benötigen bei unauffälliger Anamnese und normalem Status für die Anästhesie per se keine fixen, präoperativen Abklärungen. Bei unten angeführten Krankheiten/Operationen sind zusätzliche Untersuchungen notwendig.*

Bei jedem Patienten:

**Anamnese** (Persönliche Anamnese, Allergien, Blutungsneigung, Thromboseneigung, Narkosezwischenfälle, Familienanamnese bez. Narkosezwischenfälle, Allgemeine Leistungsfähigkeit)

**Status** (kleiner internistischer Status)

**2. Checkliste: nur bei Begleiterkrankungen** bitte folgende Zusatzuntersuchungen durchführen:

Alter	Frauen	Männer
< 45	keine	keine
45-55	keine	EKG, BD
56-65	EKG	EKG, BD
> 65	BZ, Krea, EKG	
<b>Hüft-, Knie- und Schulterprothesen</b>	<b>immer CRP</b> (CRP > 20 frühzeitig melden) wenn möglich vor Anmeldung Hb, bei Anämie frühzeitige Abklärung und ggf. Fe-Substitution	

KHK, Hypertonie, Arrhythmie, Herzinsuffizienz, Klappenvitien	EKG		LuFu	K	BZ	Krea	ALAT/GPT	INR	Hb/Lc	Tc
COPD, Asthma, Emphysem, Thoraxeingriffe	EKG	Rx-Thorax	LuFu	K	BZ			INR	Hb/Lc	Tc
St. n. Herz/Lungenop, St. n. PM, ggf. bei Tumorleiden		Rx-Thorax								
Diabetes	EKG			K	BZ	Krea			Hb/Lc	
Nephropathie				K		Krea			Hb/Lc	Tc
Hepatopathie					BZ		ALAT/GPT	INR	Hb/Lc	Tc
Hämorrhagische Diathese								INR	Hb/Lc	Tc

\* **Thorax-Röntgen:** nicht älter als 3 Monate, **EKG** nicht älter als 3 Monate.

**3. Vom Operateur gewünschte Untersuchungen:**

Chemie	Gerinnung	Hämatologie
<input type="checkbox"/> Na/K	<input type="checkbox"/> INR/Quick	<input type="checkbox"/> Blutstatus
<input type="checkbox"/> Ca	<input type="checkbox"/> PTT	<input type="checkbox"/> Hb
<input type="checkbox"/> Glukose	<input type="checkbox"/> D-Dimere	<input type="checkbox"/> Tc
<input type="checkbox"/> Kreatinin		
<input type="checkbox"/> Bilirubin		
<input type="checkbox"/> Cholesterin		
<input type="checkbox"/> ASAT/GOT		
<input type="checkbox"/> ALAT/GPT		
<input type="checkbox"/> Alk. Phos.		
<input type="checkbox"/> γ-GT		
<input type="checkbox"/> Pank. Amyl.		
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin		
<input type="checkbox"/> Albumin	<input type="checkbox"/> Parathorm.	
<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> TSH	
<input type="checkbox"/> Totalprotein	<input type="checkbox"/> ft3	
<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> ft4	
<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> Triglyceride	
<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin		

Weitere Untersuchungen:

Bitte senden Sie uns zusätzlich die Diagnoseliste und die aktuelle Medikamentenliste.

**Verhalten bei Antikoagulation, resp. Tc-Hemmung**

**Grundsätzlich soll eine perorale Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin überbrückt werden.**

**Das Absetzen des Thrombozytenhemmer muss medizinisch vertretbar sein und sollte nicht routinemässig erfolgen.**

**Sollte dies aus medizinischen Gründen nicht möglich sein, muss eine Nutzen-Risikoabwägung zusammen mit dem Operateur erfolgen. In einem solchen Fall bitte rechtzeitig telefonischen Kontakt mit dem Operateur aufnehmen.**



8 0 0 0 0 0 0 1 8 1

- Keine Antikoagulation, keine Thrombozytenhemmung
- Die Antikoagulation mit: \_\_\_\_\_ wurde \_\_\_\_\_ Tage vor dem Eingriff abgesetzt (überlappend mit niedermolekularem Heparin). Nach dem Eingriff bitte wieder einsetzen
- Die Antikoagulation muss belassen werden Indikation: \_\_\_\_\_
- Die Thrombozytenhemmung mit: \_\_\_\_\_ wurde \_\_\_\_\_ Tage vor dem Eingriff abgesetzt. Bitte nach dem Eingriff wieder einsetzen
- Die Thrombozytenhemmung muss belassen werden Indikation: \_\_\_\_\_

**4. Persönliche Anamnese/Diagnosen:**

**5. Befunde und Zusammenfassende Beurteilung** (Leistungsfähigkeit, sportliche Betätigung, Kompensationsfähigkeit, Compliance, Besonderes). Leistungsfähigkeit (MET **Persönliche Anamnese/Diagnosen:**

BD	mmHg	Puls	Gewicht	kg	Grösse	cm
----	------	------	---------	----	--------	----

**Kardial:**  Vitium  Angina pectoris  Herzinsuffizienz  
 o.B.  pathologisches EKG:

**Pulmonal:**  pathol. Thorax-Rx:  
 o.B.

**Stoffwechsel:**  
 keine Störungen

**Neurologie:**  
 o.B.

**Gerinnung:**  
 o.B.

**Allergie / Unverträglichkeit:**  
 keine

**Endokarditisprophylaxe (gem. orangem Pass):**  
 keine notwendig  notwendig

**Bemerkungen:**

**6. Medikamente:**

**7. Noxen:**  Nikotin  Alkohol

Datum: \_\_\_\_\_ Adresse/Unterschrift \_\_\_\_\_

Beilagen