

Präoperative Abklärungen durch den Hausarzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Bei Ihrem Patienten ist in nächster Zeit eine Anästhesie vorgesehen. Um das perioperative Risiko abzuschätzen und das anästhesiologische Vorgehen zu planen, benötigen wir einige Angaben zu seinem Gesundheitszustand. Wir bitten Sie deshalb, die fehlenden, von uns benötigten, medizinischen Abklärungen durchzuführen oder zu veranlassen. Sie helfen uns damit, unnötige Untersuchungen zu vermeiden und die Patientensicherheit zu gewährleisten.

In jedem Fall benötigen wir eine Liste der Diagnosen, Medikamente und der relevanten Operationen

Wenn der Patient über 50 Jahre alt ist oder bei ihm bedeutende Vorerkrankungen bestehen, bitten wir Sie, das beiliegende Formular (Seite 2/3) auszufüllen. Sie können auch **Ihr eigenes Formular** hierfür verwenden. Bei Vorliegen entsprechender Systemerkrankungen bitten wir Sie, die vorgeschlagenen Untersuchungen durchzuführen oder zu veranlassen und uns die Resultate und Unterlagen bald möglichst zuzustellen.

Standards der präoperativen Abklärungen

Bei Fehlen von Vorerkrankungen

Ab 50 Jahren: Bericht über allgemeinen körperlichen Zustand (mit Formular Seite 2/3 oder entsprechendem Hausarztbericht).

Bei Vorliegen von Systemerkrankungen (z.B. KHK, COPD, Diabetes, etc.)

Bei den entsprechenden Punkten im vorliegenden Formular (Seite 2/3) bitten wir Sie, die gewünschten Untersuchungen durchzuführen oder zu veranlassen. Bereits bestehende Untersuchungsbefunde der letzten 6 Monate (z.B. Labor, EKG, Echokardiographie etc.) sind bei stabiler Situation ausreichend.

Für **Rückfragen** stehen wir Ihnen werktags zwischen 10-12 Uhr und 14-16 Uhr unter der Nummer 041 208 33 88 (Anästhesie) gerne zur Verfügung.

Vorgehen bei Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern

Aspirin: Absetzen nur wenn Neuro-, Leber-, Nierenchirurgie geplant (3-5 Tage)
Fortsetzen, wenn Patient koronaren Stent hat
Fortsetzen bei Infarkt in letzten 12 Monaten

Plavix: Im Regelfall absetzen 7-10 Tage präoperativ
Fortsetzen, wenn Patient koronaren drug-eluting Stent vor < 12 Monaten erhalten hat
Fortsetzen, wenn Patient koronaren non-drug-eluting Stent vor < 4 Wochen erhalten hat.
Fortsetzen, wenn Patient koronare Angioplastie ohne Stent vor < 4 Wochen hatte
Fortsetzen, wenn Patient ACB vor < 6 Wochen

Bei Unklarheiten oder falls Plavix fortgesetzt werden muss, dann unbedingt Rücksprache nehmen mit dem Zuweiser!

Seite 1 ist zu Ihrer Information, Seite 2 und 3 bitte zurücksenden, mailen oder faxen an:

Sekretariat Anästhesie
Hirslanden Klinik St. Anna
T: 041 208 33 88, F: 041 208 33 80
anaesthesie-luzern@hin.ch

und

Urologie St. Anna
Ärztelhaus Lützelmat (Trakt L)
T: 041 410 41 70, F: 041 410 91 82
urologiestanna@hin.ch

Präoperative Abklärungen durch den Hausarzt

Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anamnese / Diagnoseliste

Relevante Operationen

Medikamente

Plavix ja Aspirin ja Marcoumar ja

Gewünschte präoperative Untersuchungen

Labor

<input type="checkbox"/>	Hb: g/l	Tc: G/l	Quick/INR: % / INR
<input type="checkbox"/>	Kalium: mmol/l	BZ: mmol/l	
<input type="checkbox"/>	Natrium: mmol/l	Kreatinin: µmol/l	CRP: mg/l
<input type="checkbox"/>			

Ergänzende Untersuchungen

EKG <input type="checkbox"/>	Rx-Thorax <input type="checkbox"/>	LUFU <input type="checkbox"/>
ABGA <input type="checkbox"/>	Echokardiographie <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Anmeldung Anästhesiesprechstunde

Indikation:

- Patientenwunsch, ausgeprägte Angst
 - St. n. Narkosezwischenfall
 - schwere Begleiterkrankungen: instabile AP, schwere Herzinsuff., schwere Herzklappen-Erkrankung, St. n. PTCA <12Mte., eingeschränkte Leistungsfähigkeit NYHA III/IV, schwere Pneumopathie, schwere Nieren- oder Leberinsuffizienz, Gerinnungsstörung, schwere neuromuskuläre Krankheit
- Bitte anmelden mit kurzem Bericht und ev. Unterlagen an das Sekretariat Anästhesie

Patientenstatus

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Organsystem	Klinische Situation	Vorgeschlagene Untersuchung
Herz-Kreislauf		
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> stabil, geringe Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> instabil, deutliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> unklare Situation	Keine Untersuchung Belastungstest, kard. Konsil. Koronarangiographie, kard. Konsil.
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja NYHA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Keine Untersuchung Echokardiographie, kard. Konsil.
St. n. Intervention	<input type="checkbox"/> Ja Wann, welche, Erfolg?	Bericht über Intervention Antikoagulation?
Klappenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit	keine Untersuchung Echokardiographie, kard. Konsil.
Art. Hypertonie	<input type="checkbox"/> Ja gut eingestellt? <input type="checkbox"/> Ja	
PAVK	<input type="checkbox"/> Ja St.n. Intervention?	Bericht über Intervention Antikoagulation?
Lunge		
COPD/Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> geringe Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> deutliche Beeinträchtigung	Keine Untersuchung Lungenfunktion, pneumolog. Konsil.
Schlaf-Apnoe	<input type="checkbox"/> Ja CPAP-Therapie <input type="checkbox"/> Ja	
Niere		
Insuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	Kreatininwert, Clearance, GFR nach MDRD
Leber		
Insuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja CHILD <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Quick, INR, Leberwerte, Cholinesterase
Portale Hypertension	<input type="checkbox"/> Ja	
Stoffwechsel		
Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/> Ja	Medikation Medikation TSH, T3, T4 Medikation, entspr. Laborwerte
Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> Ja	
Klin. Hyperthyreose	<input type="checkbox"/> Ja	
Andere Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	
Muskel		
Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	Entsprechende Berichte über Diagnose
Malig. Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> familiär	
Gerinnung		
Klinische Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Thrombophile Störung <input type="checkbox"/> Hämorrhagische Störung	Hämatologisches Konsilium Hämatologisches Konsilium
Neurologie		
Zerebrovaskuläre Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	Neurolog. Status bei Defizit Vask. Abklärung (wenn vorhanden) Neurolog. Bericht
Sonst. Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	

Bemerkung:

Datum

Praxis-Stempel / Unterschrift

Seite 2 und 3 bitte zurücksenden, mailen oder faxen an:

anaesthesie-luzern@hin.ch oder F: 041 208 33 80
und
 urologiestanna@hin.ch oder F: 041 410 91 82