

**Präoperative Untersuchung für chirurgische Eingriffe**

Sehr geehrte Frau Kollega, sehr geehrter Herr Kollege

Ihre Patientin/ Patient \_\_\_\_\_

Wird am \_\_\_\_\_ für einen operativen Eingriff ( \_\_\_\_\_ ) in unser Spital eintreten. Dürfen wir Sie höflich bitten, die präoperativen Untersuchungen gemäss der untenstehenden Liste durchzuführen und die Resultate rechtzeitig an das Sekretariat \_\_\_\_\_ (Fax \_\_\_\_\_ oder Email \_\_\_\_\_) weiter zu leiten oder dem Patienten mitzugeben.

**1. Präoperative Abklärungen allgemein:**

Alter	Frauen	Männer
< 45	keine	keine
45-55	keine	EKG, BD
56-65	EKG, BD	EKG, BD
> 65	Gluc, Krea, EKG, BD	

2. **Checkliste:** Bei vorliegenden **Begleiterkrankungen** oder falls **angekreuzt** folgende Zusatzuntersuchungen durchführen:

	EKG*	Thorax-Rö*	K	Krea	Gluc	Hb	INR	Thrombo	GPT	LuFu	.....
KHK, Hypertonie, Arrhythmie, Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COPD, Asthma, Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Nephropathie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Hepatopathie						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hämorrhagische Diathese						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Resultate Labor</b> bitte direkt eintragen:											

\* **Thorax-Röntgen:** nicht älter als 3 Monate, **EKG** nicht älter als 6 Monate.

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

**Grundsätzlich soll eine Tc-Hemmung 10 Tage vor dem Eingriff abgesetzt werden. Ebenfalls soll eine perorale Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin überbrückt werden. 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 jeweiligen Chefarzt aufnehmen.**

- 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. Nach dem Eingriff bitte wieder einsetzen
- Die Thrombozytenhemmung muss belassen werden (Indikation: \_\_\_\_\_)
- \_\_\_\_\_

**4. Diagnosen:**

---



---



---



---



---



---

**5. Befunde/Anamnese:**

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:**

keine notwendig  Rot  Grün

**Bemerkungen:**

**6. Medikamente:**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**7. Noxen:**  Nikotin  Alkohol  \_\_\_\_\_

Datum:

Stempel/Unterschrift