

Präoperative Untersuchung für orthopädische Eingriffe

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Ihre Patientin/ Patient

Wird am _____ für einen operativen Eingriff (_____) in das Spital (_____) eintreten. Dürfen wir Sie höflich bitten, die präoperativen Untersuchungen gemäss der untenstehenden Liste durchzuführen und die Resultate rechtzeitig an das Sekretariat **Sekretariat IPAS Chirurgie (Fax 056 486 26 09)** oder E-Mail **ipas.chirurgie@ksb.ch** 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	

Präoperativ bei Hüft, Knie- und Schulterprothesen zusätzlich CRP (CRP > 20 frühzeitig melden)

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"/>			
Resultate Labor bitte direkt eintragen:			mmol/L	µmol/L	mmol/L	g/%		Tsd	U/L		

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

3. Verhalten bei Antikoagulation, resp. Tc-Hemmung

Grundsätzlich 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 Operateur 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. Bitte nach dem Eingriff 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:

7. Noxen: Nikotin Alkohol

Datum: 15. Januar 2014

Stempel/Unterschrift