

Informationen zur präoperativen Untersuchung durch den Hausarzt

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor

Ihre Patientin bzw. ihr Patient ist für eine Operation am Standort Kilchberg oder Horgen vorgesehen. Die Beurteilung des perioperativen Risikos erfolgt am See Spital nach internationalen Richtlinien der AHA 07 (American Heart Association) und der ESC 09 (European Society of Cardiology). Beachten Sie die dafür ausgearbeiteten Richtlinien

Für die Berichtserstellung steht das beiliegende Formular der Standorte Kilchberg und Horgen zur Verfügung. Angaben über den minimal notwendigen Umfang der präoperativen Untersuchung finden Sie auf der Rückseite bzw. nachfolgende Seite

Bitte legen Sie sämtliche Ihnen vorliegende medizinische Unterlagen (z. B. Operations- und Austrittsberichte früherer auswärtiger Hospitalisationen, Berichte von niedergelassenen Spezialärzten etc.) als Kopie bei

- Bitte senden Sie alle Unterlagen an die jeweilige Disposition:

Per Post: **See Spital
Disposition
Grütstrasse 60
8802 Kilchberg**

**See Spital
Disposition
Postfach 280
Asylstrasse 19
8810 Horgen-1**

Per Fax: **044 716 69 70**

044 728 11 05

Per Mail: dispo-kilchberg@see-spital.ch

dispo-horgen@see-spital.ch

- Für administrative Fragen betreffend der Einweisung wenden Sie sich bitte an die jeweilige Disposition

Standort Kilchberg:	Tel. 044 716 66 44
Standort Horgen:	Tel. 044 728 11 01
- Für medizinische Fragen betreffend der präoperativen Abklärung Ihres Patienten/Patientin

Hotline	Dienstarzt Anästhesie Kilchberg	Tel. 044 716 61 61
	Dienstarzt Anästhesie Horgen	Tel. 044 728 16 20
- Für Fragen zur Operation

Sekretariat Chirurgie	Tel. 044 728 14 57
-----------------------	--------------------
- Das Original des Formulars „präoperative Untersuchung“ wie auch allfällige weitere Original-Dokumente (z. B. Röntgenbilder etc.) geben Sie bitte dem Patienten mit. So ist aufgrund unserer Erfahrung sichergestellt, dass alle wichtigen Unterlagen bei Spitaleintritt vorliegen
- Wir bitten Sie, der Disposition die vollständigen präoperativen Untersuchungs-Unterlagen bis spätestens 5 Arbeitstage vor der geplanten Operation zukommen zu lassen
- Sollte es Ihnen nicht möglich sein, die benötigten Untersuchungen zeitgerecht durchzuführen, bitten wir Sie, dies unserer Disposition so bald wie möglich mitzuteilen und uns Ihnen bereits vorliegende Unterlagen (vgl. oben) zukommen zu lassen. In solchen Fällen können Sie Ihren Patienten zur ambulanten präoperativen Abklärung an das See Spital Standort Horgen zuweisen

Wir danken für die Mitarbeit.

Freundliche Grüsse
Disposition

Informationen zum Umfang der präoperativen Untersuchung

Alle Patienten, welche für einen stationären elektiven Eingriff eintreten, benötigen wir einen körperlichen Untersuchungsstatus, eine persönliche Anamnese, Angaben zur aktuellen Medikation und allfälliger Allergien (vgl S.3/4).

Bei **Patienten ab einem Alter von 65 Jahren** werden folgende Untersuchungen benötigt:

Routinelabor: Kleines Hämatogramm, Quick, Natrium, Kalium, Kreatinin, Glucose
→ Laborresultate dürfen nicht älter als 2 Wochen sein

EKG: maximal 6 Monate alt (bei kardiopulmonalen Risikopatienten auch unabhängig vom Alter)

Unabhängig vom Alter:

Kardiale Risikopatienten: vgl präoperative kardiale Evaluation bei Risikopatienten

Röntgen Thorax in zwei Ebenen: auf gezielte Anordnung bei kardiopulmonalen Risikopatienten

Diabetes mellitus unter Insulintherapie: Routinelabor und EKG

Nierenerkrankung: Routinelabor

Lebererkrankung: Routinelabor, ASAT,ALAT,alk Phos, γ -GT, Pankreas Amylase, Bilirubin gesamt

Notwendige Untersuchungen bei folgenden Eingriffen **unabhängig vom Alter** und des Matrixwertes

vorgesehener Eingriff	Untersuchungen
Gallenblase	Routinelabor, alk. Phos, Bilirubin gesamt, α -Amylase
kolorektale Resektion	Routinelabor, Blutgruppe
Magenresektion	Routinelabor, Blutgruppe, Albumin, Thorax pa/lat, EKG
Splenektomie	Routinelabor, Blutgruppe
Schilddrüse	Routinelabor, Blutgruppe, TSH, fT_3/fT_4 falls TSH pathologisch, Calcium, Phosphat, Thorax pa/lat, EKG
Arterien-OP	Routinelabor, Blutgruppe, Thorax pa/lat, EKG
Totalprothese (Hüfte)	Routinelabor, Blutgruppe
TUR Prostata	Routinelabor, Blutgruppe
TUR Blase	Routinelabor
Nephrektomie	Routinelabor, alk.Phos, CRP, Blutgruppe
Wirbelsäulenchirurgie	Kleines Hämatogramm, Quick, Blutgruppe
Sectio caesarea	Kleines Hämatogramm, Blutgruppe
Verdacht auf EUG	Kleines Hämatogramm, Quick, Blutgruppe
Mamma Karzinom	Tumormarker CA 15-3
Endometrium Karzinom	Routinelabor
Ovarial Karzinom	Routinelabor, Tumormarker CA-125, CEA

Die Blutgruppe muss zweifach bestimmt werden. Die zweite Bestimmung zusammen mit dem AK-Suchtest muss durch das Labor des jeweiligen Standortes erfolgen

Gesunde Patienten ohne Risikofaktoren und normaler Gerinnungsanamnese bis zu einem Alter von 65 Jahren und einem Matrix-Wert < 8 benötigen keine zusätzlichen präoperativen Untersuchungen.

Nicht steroidale Antirheumatika: sollten mindestens 24h vor der Operation pausiert werden. Alternativ schlagen wir eine analgetische Therapie mit Paracetamol, Celebrex® oder Tramal® vor.

Patienten mit beschichteten Stents (DES: Drug Eluting Stent): Ihr Patient muss wegen dem Risiko einer In-Stent Thrombose Aspirin® und Plavix® einnehmen. Um eine Operation unter einer Therapie mit Aspirin® und Plavix® zu planen, muss diese Therapie zwingend mit dem Operateur Abgesprochen werden. Vorzeitiges stoppen dieser Kombinationstherapie ist nur unter Rücksprache mit dem Kardiologen möglich

Patienten mit Dauerantikoagulation Patienten, welche auf eine weiterführende Therapie angewiesen sind, sollten präoperativ von Vitamin-K-Antagonisten auf niedermolekulare Heparine umgestellt werden. Präoperativer Quick > 70%

Spezielle metabolische Erkrankungen, Muskel- und Nervenerkrankungen oder **bekannte Anästhesieschwierigkeiten** bitte direkt mit der Hotline Anästhesie besprechen

Einweisungsschreiben

Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich
			<input type="checkbox"/> weiblich
Strasse/Nummer	Ort/Postleitzahl	Telefon	

Diagnosen:

Nebendiagnosen:

Persönliche Anamnese: (insbesondere Voroperationen, Hospitalisationen, Anästhesiezwischenfälle)

Aktuelle medikamentöse Therapie:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Noxen: keine Alkohol Nikotin Medikamente/anderes

Art/Menge:
Art/PY:
Art/Menge:

Allgemeinzustand gut eingeschränkt stark reduziert

Labor (Indikationen siehe Informationen zum Umfang der präoperativen Untersuchung):

siehe Beilage kein Labor vorliegend von Datum

Hb Lc Quick Na : Kreatinin

Hk Tc INR K : Glucose

EKG (Indikationen siehe Informationen zum Umfang der präoperativen Untersuchung):

Kein EKG vorliegend siehe Beilage von Datum

Röntgen (Indikationen siehe Informationen zum Umfang der präoperativen Untersuchung):

kein Röntgen vorliegend siehe Beilage von Datum

Matrix Wert

MET

Bemerkungen:

Der untersuchende Arzt:
(Stempel und Unterschrift)

Ort, Datum:

Präoperative Untersuchung

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ männlich
 weiblich

Organsystem	Nein	Ja	Bemerkung	Vorgeschlagene Untersuchung
Herz- Kreislauf				
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Unklar oder instabil: kardiologisches Konsil
St.n. Myokardinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NYHA 3 + 4 kardiologisches Konsil
St.n. OP oder Intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bericht über Intervention
Klappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit kardiologisches Konsil
Signifikante Arrhythmien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aortenaneurysma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bericht über Interventionen,
Lunge				
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Starke Beeinträchtigung ggf. pneumologisches Konsil, Lungenfunktion
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Starke Beeinträchtigung ggf. pneumologisches Konsil, Lungenfunktion
Schlaf-Apnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CPAP-Therapie <input type="checkbox"/> ja	
Niere				
Insuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kreatinin, Clearance nach MDRD
Leber				
Insuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Quick, INR, Leberwerte
Port. Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stoffwechsel				
Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Medikation
Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Medikation
Klin. Hyperthyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TSH, wenn pathologisch fT3, fT4
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BMI?
Muskel				
Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Entsprech. Berichte über Diagnose
Maligne Hyperthermie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> familiär	
Gerinnung				
Thrombophile Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hämatologischer Bericht
Hämorrhagische Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hämatologischer Bericht
Neurologie				
Cerebrovasc. Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neurologischer Bericht
Sonst. Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neurologischer Bericht

Status:

Grösse: _____ Gewicht: _____ Blutdruck: _____ Puls: _____

Pathologische Untersuchungsbefunde: _____

Der untersuchende Arzt:
 (Stempel und Unterschrift)

Ort, Datum:

Beilagen: