**Patientenname:**

**Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Ihr(e) Patientin/Patient wird in Kürze für einen operativen Eingriff im Asana Spital Leuggern eintreten. Dürfen wir Sie höflich bitten, die präoperativen Untersuchungen gemäss untenstehender Liste durchzuführen und die Resultate rechtzeitig an die Patientendisposition zu leiten.

**1. Präoperative Abklärungen bei Patienten ohne Vorerkrankungen in Anamnese gemäss Checkliste**

|  |  |
| --- | --- |
| **Alter** | **Abklärung** |
| < 50 Jahre | keine |
| 50 - 64 Jahre | EKG |
| > 65 Jahre | EKG, Krea, INR, kl. BB, nü. Gluc |

**2. Anamnese:** BD:Blutverdünnungsmedikamente 🗆 ja 🗆 nein

Bitte Diagnoseliste, aktuelle Medikamentenliste und kardiologische Vorbefunde mitschicken.

**3. Checkliste:** Dürfen wir Sie bitten, bei Vorliegen von Begleiterkrankungen die zusätzlich notwendigen Untersuchungen gemäss Checkliste vorzunehmen:

Bei **entsprechender Anamnese** müssen allenfalls noch weitere Untersuchungen wie erweitertes Labor, Lungenfunktion, Belastungs-EKG etc. durchgeführt werden.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kardiovaskulär | KHK, Arrhythmie, Herzinsuffizienz | EKG, Thorax-Rö, K, Krea, INR, Hb, Tc, BNP |
| Hypertonie | EKG, K, Krea |
| Pneumopathie | COPD, Asthma, Emphysem | EKG, Thorax-Rö, K, INR, Hb, Tc |
| Diabetes mellitus |  | EKG, K, Krea, Gluc, Hb |
| Nephropathie |  | K, Krea, Hb, Tc |
| Hepatopathie |  | GOT, GPT, INR, Hb, Tc |
| Hämorrhagische Diathese |  | INR, Hb, Tc, Gerinnungsphysiologie |
| Dauermedikation | Diuretika  Digoxin  Steroide  Antikoagulation | Na, K, Krea  EKG, Na, K, Krea  Na, K, Gluc  INR, Hb, Tc |
| OP-spezifisch bei | Hüft- und Knie-TP,  grosse Bauch-OP | EKG, INR, Hb, Tc, Krea, Gluc |

Bei Gerinnungsstörung komplette Abklärung falls nicht vorhanden.

**Das Labor darf max. 3 Wochen, das EKG 6 Monate, das Thorax-Rö max. 1 Jahr alt sein.**

**Bei erwartetem Blutverlust: Blutgruppenkarte mitgeben.**  
Resultate, Unterlagen und allfällige weitere Dokumente (Lungenfunktionsprüfung, Echokardiografie), soweit möglich in Kopie, bitten wir, entweder vom Hausarzt dem Patienten für den Klinikeintritt mitzugeben oder vom HA weiterzuleiten an: **E-Mail: stationssekretariat@spitalleuggern.ch**oder auf dem **Postweg**:Disposition, Asana Spital Leuggern AG, Kommendeweg 12, 5316 Leuggern.

Herzlichen Dank

Datum Stempel/ Unterschrift

**Patientenname:**

**Geburtsdatum:**

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. Bitte fügen Sie die aktuelle Medikamenten- und Diagnoseliste in den Anhang**

**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

03.2024