

Präoperative Untersuchung

Patientendaten:

Name: <FALLNACHNAME>

Vorname: <FALLVORNAME>

Geburtsdatum:

<FALLGEBURTSDATUM>

Fallnummer: <FALLFALLNUMMER>

Geplante OP: <OP_GEPLANTEOP>

Operateur: <OPERATEUR>

Hausarzt: <FALLHATITEL> <FALLHAVORNAME> <FALLHANACHNAME>

*Bitte Formular in Blockschrift oder elektronisch ausfüllen.

Untersuchung durch: _____ Untersuchungsdatum: _____

Vitalwerte

Grösse: _____

Gewicht: _____

BMI: _____

BD: _____

Puls: _____

SpO2: _____

Diagnoseliste

☐ Siehe Beilage

Relevante frühere Operationen☐ Siehe Beilage**Aktuelle Medikamente**☐ Siehe Beilage**Kommentare/Bemerkungen**

PRÄOPERATIVE ABKLÄRUNGEN

A

>> **BASISLABOR erforderlich (max. 3 Monate alt, bitte Kopie mitsenden)<<**

Basislabor: Hämatologie (Hb, Thrombozyten) Chemie (Na, Ka, Krea, GFR, Blutzucker, CRP, Albumin, Alkalische Phosphatase)

Gerinnung (Quick/INR, aPTT)

Zusatzlabor: Leberwerte: ASAT, ALAT, yGT, LDH, Bilirubin gesamt

ORGANSYSTEM	KLINISCHE SITUATION →	VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNGEN/BERICHTE
HERZ-KREISLAUF		
☐ Keine Probleme		
> 4 MET	☐ Ja ☐ Nein	EKG, Kardiologisches Konsil
Auskultation Herz	☐ Unauffällig ☐ Auffällig:	EKG, Kardiologisches Konsil
KHK	☐ Ja ☐ stabile Situation >4 MET ☐ stabile Situation <4 MET	EKG, kardiologische Kontrolle Bericht (<12M) EKG, kardiologische Kontrolle Bericht (<12M)
	☐ Manifeste AP ☐ Unklare Situation	EKG, Kardiologisches Konsil EKG, Kardiologisches Konsil
	☐ St. n. Intervention	EKG, Bericht Intervention, Antikoagulation?
Herzinsuffizienz	☐ Ja ☐ NYHA 1, 2 ☐ NYHA 3, 4	EKG EKG, Kardiologisches Konsil
Schrittmacher/ICD	☐ Ja	EKG, Bericht SM < 12 M/ ICD-Kontrolle < 6 M
Klappenerkrankung	☐ Ja Welche?	
	☐ ohne Beeinträchtigung ☐ mit Beeinträchtigung	Alte Berichte falls vorhanden EKG, Kardiologisches Konsil
Art. Hypertonie	☐ Ja ☐ gut eingestellt ☐ schlecht eingestellt	EKG, Kardiologisches Konsil
PAVK	☐ Ja ☐ St. n. Intervention	EKG, Bericht Intervention, Antikoagulation?

LUNGE ☐ Keine Probleme		
Lungenauskultation	☐ Unauffällig ☐ Auffällig: _____	Pneumologische Unterlagen (falls vorhanden) Pneumologisches Konsil, Lungenfunktion
COPD/Asthma	☐ Ja ☐ geringe Beeinträchtigung ☐ deutliche Beeinträchtigung	
Schlaf-Apnoe	☐ Ja ☐ CPAP-Therapie	
NEUROLOGIE ☐ Keine Probleme		
Allgemeinzustand	☐ Reduziert	Ggf. Berichte
Demenz	☐ Ja	Ggf. MMS, Berichte
CVI/TIA	☐ Ja	Berichte, Neurostatus bei Defizit, Vaskuläre Abklärung (falls vorhanden)
Parkinson	☐ Ja	Berichte
Epilepsie	☐ Ja	Berichte
Andere neurologische Erkrankung	☐ Ja Welche? _____ _____	Berichte
NIERE ☐ Keine Probleme		
Insuffizienz (GFR < 59)	☐ Ja ☐ Dialyse? _____	Berichte
LEBER ☐ Keine Probleme		
Insuffizienz	☐ Ja CHILD ☐ A ☐ B ☐ C	Basislabor + Leberwerte/Gerinnung
Portale Hypertension	☐ Ja	Basislabor + Leberwerte/Gerinnung
GASTROINTESTINAL ☐ Keine Probleme		
Reflux	☐ Ja ☐ Nein	
Magenbypass/-band	☐ Ja	
STOFFWECHSEL ☐ Keine Probleme		
Diabetes	☐ Ja ☐ Typ I ☐ Typ II	HbA1c
Symptom. SD-Störung	☐ Ja Welche? _____ _____	TSH, evtl. fT4
Dyslipidämie	☐ Ja Welche? _____	Entsprechende Laborwerte
Andere Störungen	☐ Ja Welche? _____	Ggf. Berichte, entsprechende Laborwerte

GERINNUNG ☐ Keine Probleme		
Gerinnungsstörung	☐ Ja ☐ Thrombophile Störung ☐ Hämorrhagische Störung	Hämatologische Berichte Hämatologische Berichte
Anämie	☐ Ja w < 120g/l m < 130g/l	Anämie-Abklärung und ggf. Therapie (Algorithmus auf der Webseite Schulthess; präoperative Untersuchung)
MUSKEL ☐ Keine Probleme		
Muskelerkrankung	☐ Ja Welche?	Berichte
Maligne Hyperthermie	☐ selbst ☐ familiär	Berichte
SONSTIGES KLINISCHE SITUATION VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNGEN/ BERICHTE		
ALLERGIE/UNVERTR. ☐ Keine Probleme		
Allergien	☐ Ja Welche? (Reaktion)	Ggf. Allergiepass
Unverträglichkeiten	☐ Ja Welche? (Reaktion)	
NOXEN ☐ Keine		
Nikotin	☐ Ja Wieviel? / Packyears	
Alkohol	☐ Was? Wieviel pro Tag?	
Drogen	☐ Ja Welche? Wieviel?	
ANDERE ERKRANKUNG ☐ Keine		
Andere Erkrankung	☐ Ja Welche?	Berichte (falls vorhanden/nötig)
EKG-Befund (Bei Bedarf) ☐ Normal ☐ Arrhythmie ☐ polytope ES ☐ monotope ES (☐ <5/min, ☐ > 5/min) ☐ siehe Kopie ☐ PM ☐ Vofli ☐ unifasz. Block ☐ bifasz. Block		
Lungenfunktion (bei Bedarf) ☐ FEV1/VCmax <70% ☐ TLC < 80% ☐ VC < 80% ☐ siehe Kopie ☐ DLCO < 75%		

Stempel des Arztes / der Ärztin

Unterschrift des Arztes / der Ärztin