

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Bei obgenannter Patientin / obgenanntem Patienten ist eine Operation vorgesehen. Für eine effiziente und optimale Operationsvorbereitung benötigen wir einige Informationen. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie nachfolgende Fragen beantworten, notwendige Vorabklärungen vornehmen, und das ausgefüllte Formular an folgende E-Mail oder Fax einsenden könnten:

Patientendisposition: *patientendispo@spital-emmental.ch*, oder Fax 034 4211895

Dieses 'Formular Augenpatienten' und weitere präoperative Richtlinien können auch unter www.spital-emmental.ch, 'Login Hausarzt' herunter geladen werden.

Mit freundlichen Grüssen

Operateur /-in:

Angaben des Operateurs:

Vorgesehene Operation:

Gewünschte Anästhesie: Tropfanästhesie* Regional- od. Lokalanästhesie Allgemeinanästhesie
*(Z. B. bei Kataraktoperation) (vorgängig Anästhesie-Sprechstunde notwendig)

Eintrittsdatum:

__ . __ . __

Operationsdatum:

__ . __ . __

Angaben und Untersuchungsbefunde zur OPERATIONSVORBEREITUNG

1. Diagnosen:

Allergie(n) bekannt? nein ja, gegen:

Anästhesiekomplikation in Anamnese? nein ja, nämlich:

2. Aktuelle medikamentöse Therapie (Präparate, Dosis):

kein erhöhte Blutungsgefahr (z.B. Katarakt-OP): kein Unterbruch von Thrombozytenaggregationshemmer/Antikoagulation (Quick jedoch >20%, INR <3.2), direkte Antikoagulantien (z.B. Xarelto) Tagesdosis auf späteren Zeitpunkt nach Eingriff verschieben

erhöhte Blutungsgefahr (z.B. Lens-Exchange, Vitrektomien, Lid-OP):
Thrombozytenaggregationshemmer: 10 Tage präoperativ stop; Antikoagulation: Quick >50%, INR <1.5; direkte Antikoagulantien (z.B. Xarelto): Dosis 2 Tage vor Eingriff absetzen

Im Hinblick auf Operation stoppen: orale Antidiabetika (am Vorabend bzw. am Operationstag), Diuretika (am Operationstag).
Insuline: am Operationstag nur die halbe Morgendosis spritzen.

3. Labor- und Zusatzuntersuchungen:

a) Labor

Laboruntersuchungen sind nicht notwendig, wenn Patient/-in in Tropfanästhesie operiert wird oder gemäss Anamnese gesund ist.

Datum der Untersuchung: _ _ . _ _ . _ _ _ _ (innerhalb 3 Monate präoperativ)

Hb: Kalium: _ _ _ _ :

Tc: Blutzucker: _ _ _ _ :

Quick: Kreatinin: _ _ _ _ :

b) EKG

EKG nur notwendig, wenn Patient/-in an einer Herzkrankheit, an Arrhythmien oder an einer arteriellen Hypertonie leidet und/oder der bevorstehende Eingriff ausgedehnt ist.

Datum der Untersuchung: _ _ . _ _ . _ _ _ _ (innerhalb 6 Monate präoperativ)

EKG-Kopie beiliegend oder

Befund:

4. Empfehlen Sie weitere präoperative Abklärungen oder Massnahmen?

nein

ja, nämlich:

5. Ihre Anmerkungen:

Ort / Datum:

Stempel und Unterschrift: