**Abklärungsblatt für den Hausarzt**

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen und zur Untersuchung mitbringen oder im Voraus schicken.

**Personalien**

Name / Vorname: ...........................................................................................................................................

Strasse: ..........................................................................................................................................................

PLZ / Ort: ............................................................................. Telefon: .........................................................

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Ihr(e) obgenannte(r) Patient(in) ist für folgende Operation vorgesehen:

⬜ Katarakt ⬜ Netzhaut ⬜ Hornhaut ⬜ Glaukom ⬜ Schielen ⬜ Pterygium ⬜ Lid-Orbita-Tränenweg

Wir bitten um folgende Angaben:

**1. Bestehen derzeit *allgemeinmedizinische Probleme?***

1. Kardiovaskulär? ......................................................................................................... nein ⬜
2. Pulmonal? ......................................................................................................... nein ⬜
3. Renal? ......................................................................................................... nein ⬜
4. Neurologisch? ......................................................................................................... nein ⬜
5. Allergien? ......................................................................................................... nein ⬜
6. Andere ......................................................................................................... nein ⬜

**2. Medikamente und Dosierung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikament | Mo | Mi | Ab |  | Medikament | Mo | Mi | Ab |
| 1. |  |  |  |  | 5. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  | 6. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  | 7. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  | 8. |  |  |  |

**3. Thrombozytenaggregationshemmer und Antikoagulation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Thrombozytenaggregationshemmer** | **Orale Antikoagulantien** | **Neue/Direkte orale Antikoagulantien** |
| Katarakt-OP Netzhaut-OP Hornhaut-OP | belassen | INR im therapeutischen Bereich 2.1-2.5 | belassen |
|  |  |  |  |
| Glaukom-OP Schiel-OP Pterygium-OP | Absetzen ausser bei Risikopatienten\*: ASS und Ticagrelor 5 Tage vor OP  Clopodogrel 7 Tage vor OP  Prasugrel 9 Tage vor OP | INR < 1.4 und Bridging bei Risikopatienten\* | 3 Tage vor OP absetzen (früher bei Niereninsuffizienz) / Wiederbeginn am Abend des OP-Tages |
|  |  |  |  |
| Lid-, Orbita-,  Tränenweg-OP | Absetzen ausser bei Risikopatienten\*: ASS und Ticagrelor 5 Tage vor OP  Clopodogrel 7 Tage vor OP  Prasugrel 9 Tage vor OP | INR < 1.2 und Bridging bei Risikopatienten\* (Ende des Bridgings 36h vor OP) | 3 Tage vor OP absetzen (früher bei Niereninsuffizienz) / Wiederbeginn gemäss Operateur |

\*Weitere Informationen finden Sie unter dem folgenden Link: <https://www.kssg.ch/kardiologie/fuer-fachpersonen/thromboseprophylaxe-und-periinterventionelle-antithrombotische>

Kann die Thrombozytenaggregationshemmung/Antikoagulation abgesetzt werden:

⬜ ja ⬜ nicht zutreffend ⬜ nein (in diesem Fall wird der Operateur Sie ggf. kontaktieren)

**4. Labor**

vom: ............................

INR bei oralen Antikoagulation: ..................

INR vor einer Lid- Orbita- oder Tränenweg-Operation: ..................

Kreatinin bei Niereninsuffizienz: ..................

Hämoglobin: .................. Thrombozyten: .................. Leukozyten: ..................

**5. EKG**

ab 50 Jahren oder entsprechender Anamnese

1. unauffällig
2. pathologisch: .............................................................................................................................................

**6. Ist eine Operation von Ihnen aus gesehen möglich?**

1. in Lokalanästhesie ⬜ ja ⬜ nein
2. in Narkose ⬜ ja ⬜ nein

**7. Bemerkungen**

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

Ort / Datum: .......................................................Stempel / Unterschrift: ........................................................

**Wir bitten Sie, dem Patienten das Abklärungsblatt für die Voruntersuchung mitzugeben oder es direkt zu senden an:**[**tagesklinikaugen@kssg.ch**](mailto:tagesklinikaugen@kssg.ch) **oder**

**Augenklinik, Kantonsspital St. Gallen, 9007 St. Gallen**

**Bitte melden Sie uns rechtzeitig für den Eingriff relevante Änderungen der Medikamente.**