

Fragebogen vor Operationen in Anästhesie

Nach den Empfehlungen der Arbeitsgruppe präoperative Evaluierung der ÖGARI

Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus und stellen Sie ihn Ihrer Ärztin/ihrem Arzt zur Verfügung. Dies ermöglicht, Sie optimal und risikoarm rund um den operativen Eingriff zu betreuen und kann Ihnen unnötige und belastende Untersuchungen ersparen.

Bitte nehmen Sie alle Ihnen verfügbaren medizinische Dokumente zum Vorbereitungsgespräch mit.

Datum: _____
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Größe: _____ cm Gewicht _____ kg

BITTE MITNEHMEN
Liste der aktuellen Dauermedikation
Arztbefunde
Anästhesiepass
Allergiepass
Stentpass
Schrittmacherpass
Implantatpass (Prothese)

Datum: _____

Bodymass-index: _____ (von der Ärztin/vom Arzt auszufüllen)

Eingriff mit Angabe der Schwere: _____
(von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen)

Zutreffendes bitte ankreuzen und wenn nötig ergänzen:

1.Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Erkältung oder litten Sie an Durchfall oder Erbrechen? JA NEIN

2.Leiden Sie an einer anderen Infektionskrankheit?
Wenn ja, welche? _____ JA NEIN

3.Haben Sie innerhalb der letzten 3 Monate Gewicht verloren?

4.Hatten Sie in der letzten Woche eine reduzierte Nahrungsaufnahme? JA NEIN

Bemerkung für die untersuchende Ärztin/den Arzt: Bei positiv beantworteter Frage 3 oder 4, einem BMI < 20,5 oder bei JA NEIN

kritisch kranken PatientInnen verwenden Sie bitte den von der ÖGARI empfohlenen Algorithmus der Europäischen Gesellschaft für enterale und parenterale Ernährung (ESPEN) für „Nutritional Risk Screening“ (NRS 2002) Download auf:

<http://www.oegari.at/arbeitsgruppe.asp?id=205>

5. Medikamente:

Wenn ja welche ? JA NEIN

Medikamenteneinnahme in der letzten Woche

Schmerzmittel

JA NEIN

Fiebersenkende Medikamente

JA NEIN

Antibiotika

JA NEIN

Pflanzliche Medikamente

JA NEIN

Rheumamedikamente

JA NEIN

6. Voroperationen:

JA NEIN

7. Beschwerden nach Operationen

JA NEIN

Narkoseunverträglichkeit

Übelkeit

Erbrechen

Atembeschwerden

Kreislauf

Sonstige: _____

Narkosekomplikationen bei Blutsverwandten

8. Allergien und Unverträglichkeiten

JA NEIN

Medikamente wenn ja welche: _____

Pflaster

Latex (Gummi, Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe)

Jod

Tiere

Hausstaub

Nahrungsmittel

Bemerkung für die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt: bei positiver Allergiediagnose verwenden Sie

den von der ÖGARI empfohlenen Allergiefragebogen.

Download: <http://www.oegari.at/arbeitsgruppe.asp?id=205>

9. Rauchen

JA NEIN

Wenn ja wieviel/Tag und was _____

Pack Years: _____ (von der Ärztin/vom Arzt auszufüllen)

Nichtraucher seit:

< 6 Wochen

> 6 Wochen

10. Bluthochdruck

JA NEIN

11. Zuckerkrankheit

JA NEIN

Wenn ja, spritzen Sie Insulin?

JA

NEIN

12. Erhöhte Blutfette, hoher Cholesterinspiegel

JA NEIN

13. Wie gut ist Ihre körperliche Belastbarkeit?

Uneingeschränkt (z.B. mehr als 3 Stockwerke ohne Pause Stiegensteigen; Ausdauersport)

Leicht eingeschränkt (z.B. kurz Bergaufgehen)

Stark eingeschränkt (z.B. leichte Hausarbeit)

Nicht belastbar (pflegebedürftig, bettlägrig)

14. Wenn körperliche Einschränkung, warum?

Atemnot

Brustschmerzen

Bewegungsapparat

Sonstiges _____

15. Gab es in letzter Zeit eine Verschlechterung der Belastbarkeit?

JA NEIN

16. Herzinfarkt

Wenn ja, wann?

0-30 Tage

>30 Tage

JA NEIN

17. Herzoperation, Herzkatheteruntersuchung, Stentimplantation

JA NEIN

Wenn ja, wann und was wurde gemacht? _____

18. Andere Erkrankungen des Herzens oder der Lunge

JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

19. Atemnot

JA NEIN

Wenn ja, in welcher Situation:

Bei körperlicher Belastung im Liegen in Ruhe

20. Wasser in der Lunge oder in den Beinen

JA NEIN

21. Unruhiger Puls

JA NEIN

22. Herzklappenerkrankung

JA NEIN

23. Herzschrittmacher oder Kardioverter-Defibrillator

JA NEIN

24. Lunge.

JA NEIN

Chronische Bronchitis Asthma Lungenentzündung
 Tuberkulose Lungenblähung Schlafapnoesyndrom

25. Nierenerkrankungen

JA NEIN

Wenn ja, welche?

Entzündung Steine Funktionsstörung Dialyse

26. Lebererkrankungen

JA NEIN

Wenn ja, welche?

Gelbsucht Hepatitis Zirrhose
 andere: _____

27. Magen-, Darmerkrankungen

JA NEIN

Wenn ja, welche?

Geschwüre Engstellen Verdauungsstörungen
 Blutungen Reflux Sodbrennen
 andere: _____

28. Schilddrüsenerkrankungen

JA NEIN

Wenn ja, wann war die letzte Kontrolle? < 6 Monate >6 Monate

29. Gefäßerkrankungen

JA NEIN

Wenn ja, welche?

Krampfadern Thrombose (Lungenembolie)
 Durchblutungsstörungen Gefäßerweiterungen (Aneurysma) Andere: _____

30. Beobachten Sie folgende Blutungsarten ohne Grund:

- Vermehrt spontanes Nasenbluten
- Vermehrt blaue Flecken an untypischen Stellen oder punktförmige Blutungen
- Gelenksblutungen oder Blutungen in Weichteile oder Muskel
- Blutungen nach dem Zahnziehen
- Längeres oder verstärktes Nachbluten nach Schnittverletzungen
- Nachblutungen nach Operationen
- Abnormale Blutungsneigung bei Blutsverwandten (v.a. Eltern oder Geschwister)
- Auffällige Wundheilungsstörungen
- Bekannte Blutungsstörung

Nur für Frauen zu beantworten:

Verstärkte Regelblutung vom 1.Tag an Dauer > 7 Tage > 7 Binden / Tag

31. Erkrankungen des Nervensystems JA NEIN

Wenn ja, welche?

- Krampfanfälle Lähmungen Morbus Parkinson
 Alzheimererkrankung
 Schlaganfall - wenn ja < 6 Monate > 6 Monate
 Andere: _____

32. Gemütsleiden JA NEIN

Wenn ja, welche?

- Depressionen Angststörungen Schizophrenie
 Andere: _____

33. Muskelerkrankungen JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

34. Erkrankungen oder Schmerzen des Bewegungsapparates JA NEIN

- Kreuzschmerzen Bandscheibenleiden
 Schulter-Arm-Syndrom Halswirbelsäule
 andere: _____

35. Augenkrankheiten: JA NEIN

- Fehlsichtigkeit grauer, grüner Star erhöhter Augendruck
 Tragen Sie Kontaktlinsen?

36. Schwerhörigkeit JA NEIN Tragen Sie ein Hörgerät?**37. Zähne:**

- Zahnprothese lockere Zähne Kronen, Implantate

38. Tumorleiden: JA NEIN Chemotherapie oder Bestrahlungstherapie**39. Alkohol:** JA NEIN

- gelegentlich 1 Bier/ ¼ l Wein/ Tag 2-5 Bier/ Tag
 Mehrmals jährlich große Mengen (Quartalstrinker)
 Alkoholiker

40. Drogen: JA NEIN

- Cannabis Kokain synthetische Drogen (Ecstasy, LSD)
 Opioide Heroin Drogensersatzmittel

41. Leiden Sie an einer anderen nicht genannten Erkrankung? JA NEIN

Wenn ja, an welcher? _____

42. Leiden Sie an irgendeiner sonstigen körperlichen oder geistigen Einschränkung? JA NEIN

Wenn ja, an welcher? _____