

ANÄSTHESIEFRAGEBOGEN

Klinik für Anästhesie & Intensivmedizin & Schmerztherapie

 Chefarzt
 Dr. med. Markus Jaggi
 Spital Nidwalden AG

 Sekretariat Anästhesie
 Karin Jakober
 Telefon 041 618 18 61
 anaesthesie@spital-nidwalden.ch

Liebe Patientin, lieber Patient
Patientenkleber

Wir freuen uns, dass Sie für den geplanten Eingriff das Spital Nidwalden gewählt haben. Zur Abschätzung des Anästhesierisikos bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen *sorgfältig zu beantworten* und *Zutreffendes zu unterstreichen/anzukreuzen*. Bitte halten Sie den Fragebogen ausgefüllt für das Gespräch mit der Anästhesieärztin/dem Anästhesiearzt bereit. Wir danken Ihnen für diese wichtige Mitarbeit.

Können Sie ohne Pause zwei Stockwerke Treppen hochgehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Atemnot beim <input type="checkbox"/> Gehen in der Ebene <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> flach Liegen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen, Engegefühl, Klemmen, Druckgefühl auf der Brust? Wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist ihre körperliche Leistungsfähigkeit und ihr Allgemeinzustand beeinträchtigt? <input type="checkbox"/> Rollstuhl im Alltag <input type="checkbox"/> Gehilfe im Alltag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie in den letzten Monaten schwer krank im Spital oder beim Hausarzt? Weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Infekt, Husten, Fieber oder Schüttelfrost?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie je eine allergische Reaktion (Antibiotika, Narkosemittel, Kontrastmittel, Jod, Latex, Gummi, Pflaster, Bananen, Kiwi, Früchte usw.) _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie oder ihre <i>Verwandten</i> eine verstärkte Blutungsneigung ? Nasen-, Zahnfleisch-, Mensblutung, Gelenkblutung, Blutung bei früherer Operation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (Aspirin, Plavix, Brilique, Marcoumar, Xarelto, Eliquis, Lixiana)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Frühere Bluttransfusionen oder positiver Antikörper-Test	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie jemals Narkoseprobleme : Übelkeit, Atemwegstörung, Harnverhalt? <input type="checkbox"/> Nicht funktionierende Teilnarkose <input type="checkbox"/> Intubationsausweis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Blutsverwandte Komplikationen im Zusammenhang mit einer Anästhesie? Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> zu tiefem Blutdruck? <input type="checkbox"/> Gut eingestellt <input type="checkbox"/> Schlecht eingestellt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankung der Herzkranzgefässe: Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Stenteinlage <input type="checkbox"/> Bypassoperation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen? Vorhofflimmern? Herzrasen? Tragen Sie einen <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> Defibrillator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankung der Herzklappen? Herzklappenersatz? <input type="checkbox"/> Aorta <input type="checkbox"/> Mitral <input type="checkbox"/> Trikuspidal <input type="checkbox"/> Pulmonal <input type="checkbox"/> Bioklappe <input type="checkbox"/> mechanisch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Lungenerkrankung: Asthma, chronischer Husten, COPD, Lungenentzündung, <input type="checkbox"/> Heimsauerstoff	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie? Leiden Sie unter Tagesschläfrigkeit? Schlaf-Apnoe? <input type="checkbox"/> CPAP-Gerät <i>bitte mitbringen</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie jemals eine Thrombose oder Lungenembolie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Magenprobleme: saures Aufstossen , Magenbrennen, Magenoperation, Zwerchfellbruch, Magengeschwür/Ulkus, <input type="checkbox"/> frühere Magenspiegelung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung: Hepatitis A/B/C/D, Leberzirrhose, Gelbsucht, Varizenblutung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung, Nierensteine <input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenfunktionsstörung, andere Stoffwechselstörung oder Hormonstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Kein Insulin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankung: Epilepsie, Migräne, Myasthenie, Multiple Sklerose, Parkinson, Demenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie einen Schlaganfall? (Hirnfarkt, Hirnblutung) <input type="checkbox"/> bestehende Lähmungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie, Platzangst, Panikattacken	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tumorerkrankung, Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Chronische Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tuberkulose, andere) _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wirbelsäulenprobleme: Bandscheibenvorfall, operierter Rücken <input type="checkbox"/> Metall im Rücken	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie schwere Weichteil- und Gelenkbeschwerden (Rheuma)? Wo: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwere Muskelerkrankung (Myopathie, Muskeldystrophie) <input type="checkbox"/> maligne Hyperthermie Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Augenkrankheit, Augenoperation, Augenhochdruck (grüner Star, Glaukom), grauer Star/Katarakt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie herausnehmbare <input type="checkbox"/> Zahnprothesen <input type="checkbox"/> lockere Zähne <input type="checkbox"/> Bodypiercings <input type="checkbox"/> Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Patientenverfügung? <i>bitte Kopie mitnehmen</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Hautproblemen, offenen Wunden? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wieviel/seit: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie regelmässig Alkohol: Was/Wieviel? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsumieren Sie Drogen: Welche/Wieviel? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bisherige Operationen: Welche? Wann? <input type="checkbox"/> Keine	
Medikamente (Name/Dosis) <input type="checkbox"/> Keine	
Was Sie uns noch sagen wollten:	
Frauen: Sind Sie <i>schwanger/stillen</i> Sie <input type="checkbox"/> ja	Männer: Prostatavergrösserung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aktuelles Gewicht (kg):	Gewichtsverlust letzte 3 Mt:
	Grösse (cm):

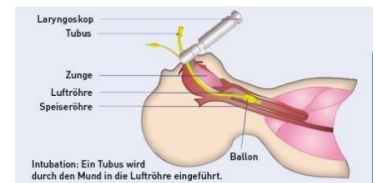
AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ANÄSTHESIE

Liebe Patientin, lieber Patient

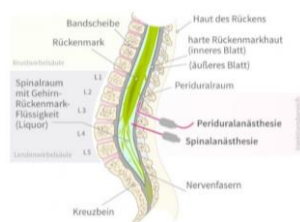
Bei Ihnen ist in nächster Zeit eine Operation vorgesehen. Die Anästhesie ermöglicht, diese schmerzfrei durchzuführen. Ihre Anästhesieärztin oder Ihr Anästhesiearzt wird in einem persönlichen Gespräch mit Ihnen zusammen das Anästhesieverfahren festlegen, welches für Sie und die vorgesehene Operation am besten geeignet ist und Sie am wenigsten belastet. Die Sicherheit aller modernen Anästhesieverfahren ist sehr hoch und ernste anästhesiebedingte Komplikationen sind auch bei sehr alten und schwer kranken Patienten selten. Alle lebenswichtigen Körperfunktionen wie Herzrhythmus, Kreislauffunktion, Atmung und Temperatur werden während der Anästhesie lückenlos überwacht und wenn nötig korrigiert. Dennoch hat jede Anästhesiemethode spezifische Vor- und Nachteile und auch sehr seltene Risiken, die wir Ihnen erklären. Zudem werden wir am Anästhesiegespräch alle Ihre Fragen beantworten. Nach der Operation ist es uns möglich, Schmerzen als Ausdruck der Wundheilung mit geeigneten Techniken zu lindern.

Allgemeinanästhesie (Vollnarkose, tiefer Schlaf)

In einer Allgemeinanästhesie werden Schmerzempfinden (Analgesie) und Bewusstsein (Schlaf) medikamentös solange ausgeschaltet bis der Eingriff beendet ist. Meistens müssen Sie während der Anästhesie beatmet werden, wovon Sie aber nichts spüren. Sie befinden sich in einem dem Schlaf ähnlichen Zustand und können auch durch starke Reize nicht geweckt werden. Zudem muss bei vielen Operationen die Muskulatur erschlafft werden (Relaxation).



Regionalanästhesie (Teilnarkose)



Hier findet die Blockade der Schmerzempfindung entweder an aus dem Rückenmark austretenden Nerven oder an verschiedenen peripheren Nerven (Geflechten) statt. Die entsprechende Region kann dabei neben der Betäubung auch vorübergehend nicht mehr normal bewegt werden, was erwünscht ist. Es können zur Verlängerung der



Wirkung in die postoperative Heilungsphase auch Schmerzkatheter gelegt werden. Im Unterschied zur Allgemeinanästhesie bleiben Sie wach. Bei Bedarf kann jederzeit ein leichter Schlaf eingeleitet werden, welcher auch dazu führt, dass Sie sich nicht mehr an alles erinnern können. Sie können auf Wunsch auch entspannende Musik hören. Bei bestimmten Eingriffen am Bauch, im Brustraum oder an den grossen Gelenken werden verschiedene Verfahren der Allgemeinanästhesie und Regionalanästhesie kombiniert. Bei kurzen Eingriffen an der Hand und dem Fuss kann das Lokalanästhetikum auch direkt in eine Vene auf dem Handrücken injiziert werden, wenn vorher eine Blutsperre angelegt wurde (intravenöse Regionalanästhesie).

Sedierung (Monitored Anesthesia Care), oberflächlicher Schlaf in Überwachung

Gewisse Eingriffe werden in Lokalanästhesie durchgeführt, bei denen der Chirurg das Betäubungsmittel lokal injiziert. Ergänzend kann das Anästhesieteam bei Bedarf jederzeit entspannende und schmerzlindernde Medikamente verabreichen. Es kann auch eine Allgemeinanästhesie eingeleitet werden, wenn sich zeigt, dass die Lokalanästhesie nicht ausreicht.

A ANÄSTHESIEVERFAHREN

Allgemeine Anästhesierisiken

Unverträglichkeiten, allergische Reaktionen. Übelkeit, Erbrechen. Blasenentleerungsstörungen. Kältezittern. Infektion, Blutung an Einstichstelle. Lagerungsschäden, Hautdefekte. Extrem selten: Atem- und Kreislaufstillstand

ALLGEMEINANÄSTHESIE („Vollnarkose“)

Ausschaltung von Schmerzempfindung *und* Bewusstsein. Risiken: Schluckbeschwerden, Halsschmerzen. Stimmbandverletzung (Heiserkeit, Atembeschwerden). Zahnschaden. Aspiration (Rückfluss von Magensaft in Lunge). Hornhautverletzung. Wachheit in Narkose.

REGIONALANÄSTHESIE („Teilnarkose“: gezielte Schmerzausschaltung in einer Körperregion)

Durch Injektion eines Lokalanästhetikums in die Nähe von Nerven wird eine Körperregion schmerzunempfindlich gemacht. Risiken: Unvollständige Wirkung erfordert zusätzliches Schmerzmittel oder selten Umstellung auf eine Allgemeinanästhesie. Nervenverletzung, Heiserkeit, Atemstörung, hängendes Augenlid. Krampfanfall.

○ **Rückenmarksnah:** Spinalanästhesie Periduralanästhesie Paravertebralblock Kaudalblock
Ausschaltung der Schmerzempfindung in der Nähe des Rückenmarks. Risiken: Starke Kopfschmerzen, Harnverhalt, Rückenschmerzen, Blutdruckabfall mit Übelkeit, Verschlechterung des Seh- und Hörvermögens, Kreislaufversagen, Querschnittlähmung.

○ **Periphere Nervenblockade** Einmalinjektion Katheter (postoperative Analgesie)

Gezielte Schmerzausschaltung der vom Operationsgebiet wegführenden Nerven und Nervenplexen (Plexus)

axillär (Arm) supraklavikulär (Schlüsselbein) interskalenär (Hals) femoral (Leiste)
 Ischiadikus (Kniekehle) Fussblock Penisblock (Kinder)

○ **Intravenöse Regionalanästhesie**

Injektion eines Lokalanästhetikums direkt in eine periphere Vene (Hand, Fuss) nachdem am Oberarm oder am Bein eine Blutsperre angelegt wurde. Risiken: Krampfanfall oder Rhythmusstörung.

LOKALANÄSTHESIE, SEDATION: Lokalanästhesie mit Sedation/Entspannung, auf Wunsch Musik

Risiko: Dämpfung der Atemtätigkeit

B AUFKLÄRUNG RISIKEN/IHRE FRAGEN

C SPEZIELLE MASSNAHMEN

- Blasenkatheter:** Infektion, Harndrang, Verletzung und Verengung der Harnröhre
- Arterieller Katheter:** Infektion, Blutung, Gefäßverschluss
- Zentralvenöser Katheter:** Infektion, Blutung, Lungenkollaps, Nervenschaden
- Bluttransfusion:** Unverträglichkeitsreaktionen, Übertragung von Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)
- Aufenthalt auf der Intensivstation**

Ich habe mit der Anästhesieärztin/dem Anästhesiarzt die geplante Anästhesiemethode und Risiken besprochen und willige in die anästhesiologische Behandlung ein. Ich habe keine weiteren Fragen

Dauereinwilligung für gleiches Verfahren bei gleichartigem Eingriff Ort, Datum:

ANÄSTHESIEMETHODE

Postoperative Schmerztherapie PCA PDA Nervenblock i.v./p.o. Andere _____

Stans,

Datum

Unterschrift Patient/in; gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift Anästhesist/in