

Patienten - Aufklärung Anästhesie

Prostata-Biopsie

Bei Ihnen ist eine Biopsie der Prostata geplant.

Sie werden dazu noch ausführlich in der urologischen Sprechstunde informiert und aufgeklärt werden. Der Eingriff wird in einer sogenannten *Analgesedation* durchgeführt. Diese vermindert Schmerzempfindung, Anspannung und Angst und beinhaltet die intravenöse Gabe von Schmerz- und Schlafmedikamenten. Diese Medikation wird Ihnen durch eine Fachperson der Anästhesie verabreicht; Kreislauf, Atmung und Schlaftiefe werden während des Eingriffes kontinuierlich überwacht. Zusätzlich wird Ihnen Ihr Urologe eine Lokalanästhesie im Bereich des Dammes setzen. Bitte beachten Sie: eine Analgesedation ist nicht mit einer Vollnarkose zu verwechseln; es ist gut möglich, dass Sie während des Eingriffes zwischenzeitlich ansprechbar sind oder etwas hören. Das ist normal.

Die Analgesedation hat meist kaum Nebenwirkungen; Müdigkeit und Schwindelgefühl nach dem Aufwachen sind hingegen normal.

Sehr selten kann es nötig sein, dass an dieser Anästhesieform zu Ihrer Sicherheit etwas geändert werden muss.

Zu Ihrer Sicherheit

Ab Mitternacht dürfen Sie nichts mehr essen, können aber bis zum Spitaleintritt schluckweise Wasser oder (bei Unterzuckerung) Sirup trinken. Halten Sie sich bitte strikt an diese Anweisungen.

Sollten Sie sich nicht an diese Nüchternheitsregeln halten, muss der Eingriff verschoben werden.

Nehmen Sie alle Medikamente am Operationstag nur nach ärztlicher Verordnung, welche Ihnen nach Beurteilung Ihres Dossiers zugeschickt wird, ein.

Verzichten Sie am Operationstag darauf wichtige Geschäfte zu tätigen. Auch auf eine selbständige Teilnahme am Strassenverkehr oder das Bedienen von Maschinen ist zu verzichten.

Falls Sie eine oder mehrere der hervorgehobenen Schlüsselfragen auf dem umseitigen Fragebogen mit "JA" beantworten, werden wir Sie in unsere Anästhesiesprechstunde aufbieten.¹⁾

Ansonsten gilt:

Ich habe das geplante Vorgehen verstanden und habe keine Fragen an die Anästhesisten. Ich verzichte daher auf ein formelles Aufklärungsgespräch und den entsprechenden Besuch einer Anästhesiesprechstunde.

Ich möchte noch genauer von einer Anästhesistin/einem Anästhesisten aufgeklärt werden und wünsche einen Termin in der Anästhesiesprechstunde ¹⁾

Patient

Ort/Datum _____ Name _____ Unterschrift _____

Für die Anästhesie: Dres. med. R. Paganoni / S. Moor

Für die Urologie: Dres. med. M. Furrer / B. Lyttwin

1) direkte Anmeldung APRA durch Sekr. Urologie



Aktuelle Medikamentenliste bitte zum Untersuch mitbringen!	JA	NEIN
Grösse: Gewicht:		
Körperliche Belastbarkeit - Bekommen Sie Atemnot, wenn Sie ohne anzuhalten 2 Stockwerke Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz / Kreislauf - Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt (z.B. durchgemachter Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung (mit/ohne Herzklappenersatz), Herzrhythmusstörungen) - Tragen Sie einen Herzschrittmacher und/oder Defibrillator? Bringen Sie den Ausweis bitte mit. - Haben Sie Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris)? • Sind Sie deswegen in Behandlung? Bringen Sie bitte den aktuellsten Bericht mit. - Haben Sie einen unregelmässigen Puls oder Herzstolpern? Z. B. Vorhofflimmern, etc? • Sind Sie deswegen in Behandlung? Bringen Sie bitte den aktuellsten Bericht mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge - Haben Sie eine Lungenkrankheit? Welche?..... - Rauchen Sie? Wie viele Pakete pro Tag.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt - Leiden Sie an regelmässigem saurem Aufstossen (Sodbrennen), welches <u>nicht</u> von der Nahrung abhängig ist? - Leiden Sie an einem Zwerchfellbruch (Hiatushernie)? - Hatten Sie eine Magen-OP zur Gewichtsreduktion?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leber - Liegt eine Lebererkrankung (Gelbsucht, Zirrhose, Krampfader der Speiseröhre) vor? - Trinken Sie regelmässig Alkohol? Was / wieviel tgl.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Niere - Liegt eine Nierenschwäche vor? - Müssen Sie zur Blutwäsche - Dialyse? An welchen Wochentagen?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel - Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? • Behandlung mit Diät / Tabletten / Insulin (Zutreffendes einkreisen) - Haben Sie eine medikamentös behandelte Schilddrüsenunter- oder -überfunktion? - Anderes? Was?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nervensystem - Haben / hatten Sie ein Nervenleiden? <input type="checkbox"/> Lähmung <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Myasthenia gravis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltene Erkrankungen - Leiden Sie an einer seltenen Erkrankung? Welche? - Ausweis für <input type="checkbox"/> maligne Hyperthermie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medikamente? <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel? Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne - Haben Sie lockere, oder beschädigte Zähne? Welche?..... - Tragen Sie Zahnprothesen/ -teilprothesen? Wo?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Drogen - Nehmen Sie Drogen ein? Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Ausweis für "schwierige Intubation"? (bitte mitbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnung (zu starke oder zu schwache Gerinnung) Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen? z.B. Xarelto, Eliquis, Marcoumar, Plavix, etc. Fragen Sie bei Unklarheiten Ihren Hausarzt. Welche?..... AUSNAHME: Aspirin maximal 100mg soll weiter eingenommen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>