

Anästhesie-Patientenaufklärung und -einwilligung, Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Um die bei Ihnen (oder Ihrem Kind) geplante Operation erfolgreich und schmerzfrei durchführen zu können, ist eine Anästhesie (Narkose) vorgesehen. Die Anästhesieärztin/der Anästhesiemediziner wird Sie persönlich über den allgemeinen Ablauf und die Vor- und Nachteile der verschiedenen Anästhesiearten informieren. Zusammen mit Ihnen wird das Anästhesieverfahren festgelegt, das sich für die vorgesehene Operation am besten eignet und Sie am wenigsten belastet. Wir bitten Sie, dieses Blatt genau durchzulesen und den Fragebogen auf der letzten Seite vor dem Gespräch mit dem Anästhesisten auszufüllen.

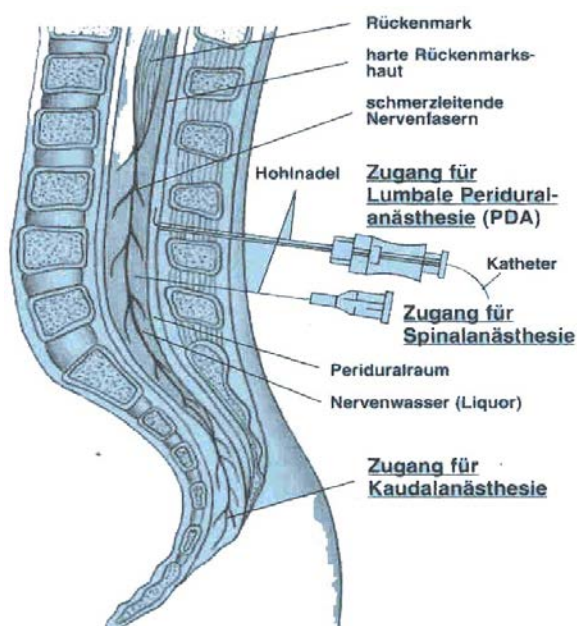
Wichtigste Anästhesieverfahren

➤ Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)

Durch eine Allgemeinanästhesie werden Schmerzempfinden und Bewusstsein mit verschiedenen Medikamenten solange ausgeschaltet, bis der Eingriff beendet ist. Meistens muss die Atmung künstlich unterstützt werden, wovon Sie aber nichts spüren.

➤ Regional- oder Leitungsanästhesie (Teilnarkose)

Bei vielen Operationen besteht die Möglichkeit, nur den betroffenen Körperabschnitt schmerzempfindlich zu machen. Während einer solchen Regional- oder Leitungsanästhesie können Sie wach sein, über Kopfhörer Musik hören oder mittels Schlafmittel schlummern. Bei ungenügender Wirkung einer Regionalanästhesie können jederzeit Schmerzmittel zugefügt oder es kann eine Allgemeinanästhesie eingeleitet werden. Die wichtigsten Regionalverfahren sind:



- **Rückenmarksnahe Anästhesien:** Ein Lokalanästhesiemittel (Mittel zur örtlichen Betäubung) wird entweder in das Nervenwasser, das das Rückenmark umfließt (*Spinalanästhesie*) oder in den Spalt zwischen Rückenmark und Wirbelkanal (*Epidural- oder Periduralanästhesie*) gespritzt. Für eine bestimmte Zeit werden die dadurch schmerzfrei gemachten Gebiete zuerst warm, dann gefühllos und können nicht mehr bewegt werden.

Abb. 1: Spinal-, Epidural- (= Peridural-) und Kaudalanästhesie

- *Andere Leitungsanästhesien:* Das sind Betäubungen einzelner oder mehrerer Nerven mit einem Lokalanästhesiemittel, zum Beispiel der für den Arm und die Hand zuständigen Nerven (Plexusblockade).

➤ **Kombinationsanästhesien (Teil- und Vollnarkose)**

Bei grossen Eingriffen und bei Operationen im Kindesalter werden die beiden Anästhesiearten häufig zusammen angewendet, um die Schmerzbehandlung nach der Operation zu erleichtern.

➤ **Anästhesieüberwachung und Sedation (MAC-monitored anesthesia care)**

Bei gewissen Eingriffen (z.B. Herzschrittmachereinlagen, Augenoperationen, oft mit örtlicher Betäubung durch den Operateur) überwacht das Anästhesieteam den Patienten engmaschig und verabreicht Beruhigungsmittel, Schmerzmittel und andere Medikamente nach Bedarf, um den Eingriff sicher und für den Patienten angenehm durchführen zu können.

Sicherheit und Nebenwirkungen der Anästhesie

Die Sicherheit aller Anästhesieverfahren ist heute sehr gross, das Risiko von lebensbedrohlichen Zwischenfällen ist selbst bei schwer vorerkrankten Patienten äusserst gering. Alle lebenswichtigen Körperfunktionen werden heute lückenlos überwacht und wenn nötig sofort korrigiert, zum Beispiel Herzrhythmus, Kreislauf- und Atemfunktion. Vorübergehende oder gar bleibende Schäden durch eine Anästhesie sind heute sehr selten.

Zusätzliche Risiken sind möglich, wenn spezielle Massnahmen durchgeführt werden müssen. Hierzu zählen die Einlage von Kathetern in bestimmte Blutgefässe oder die Gabe von Blut und Blutbestandteilen (Bluttransfusion).

➤ **Spezielle Risiken der Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)**

Zahnschäden (insbesondere bei schadhafte Zähnen), Aspiration von Mageninhalt in die Lungen, Stimmbandverletzung. Unangenehme Beschwerden, die nach einer Allgemeinanästhesie auftreten können, aber in der Regel nicht lange anhalten, sind Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen, Kältezittern, Kältegefühl oder Schwierigkeiten beim Wasserlösen.

➤ **Spezielle Risiken der Regional- oder Leitungsanästhesie (Teilnarkose)**

Nervenschäden (Veränderungen der Empfindung bis zu dauernden Lähmungen), Kopfschmerzen, Blutdruckabfall mit Übelkeit.

Bei einer Teilnarkose kann die Schmerzausschaltung ungenügend sein, es ist aber jederzeit möglich, eine Teilnarkose mit einer Allgemeinanästhesie zu ergänzen.

➤ **Spezielle Risiken der Anästhesieüberwachung und Sedation (MAC-monitored anesthesia care)**

Die Verabreichung von Beruhigungs- und Schmerzmedikamenten kann zu einer Dämpfung der Atmung und Bewusstseinsstörung führen.

Postoperative Schmerztherapie

Für die Schmerzlinderung nach Operationen gibt es verschiedenste Medikamente und Methoden, die wir nach individuellen Bedürfnissen stufenweise einsetzen.

Ihr Beitrag zu Ihrer Sicherheit

Eine gewisse Zeit vor der Anästhesie dürfen Sie nichts mehr essen und nichts mehr trinken. Halten Sie sich bitte strikt an die Weisungen. Verzichten Sie bitte am Tag vor der Operation auf das Rauchen. Nehmen Sie alle Medikamente am Operationstag nur nach ärztlicher Verordnung ein. Lassen Sie Kontaktlinsen, Prothesen, Ringe und Schmuck in Ihrem Zimmer. Wenn Sie noch am Tag der Anästhesie entlassen werden (ambulante und tageschirurgische Eingriffe), müssen Sie von einer Begleitperson nach Hause gebracht werden. In der Regel dürfen Sie bis zum nächsten Morgen nicht selbständig am Strassenverkehr teilnehmen, keine wichtigen Entscheidungen treffen und keinen Alkohol trinken. Beachten Sie hierzu bitte auch unser Merkblatt für ambulante Operationen.

Allgemeine Hinweise

Mit dieser Vorinformation möchten wir Sie auf das persönliche Gespräch mit dem Anästhesiemedizinischen Dienst vorbereiten. Wir bitten Sie, alles zu fragen, was Ihnen unklar ist und Ihre Fragen unten aufzuschreiben. Falls Sie weitere Fragen vor oder nach der Anästhesie haben, bitten wir Sie, an unser Sekretariat oder in dringenden Fällen an unseren Dienstarzt zu gelangen (siehe unten).

Ihre

Fragen:.....
.....
.....
.....

Zusätzliche Notizen oder Zeichnungen der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch
(individuelle risikohörende Umstände, Indikation für geplante Anästhesie, Ablauf der Anästhesie, Gefässkatheter, postoperative Phase inkl. eventueller Nachbeatmung/Intensivstation, Transfusionen, blutsparende Methoden)

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

Vorgesehenes Anästhesieverfahren:.....

Vorgesehene postoperative Schmerztherapie:

- Konventionell Schmerzpumpe (PCA) PDA (= KEA) Andere

Ich bestätige hiermit, dass ich in einem persönlichen und verständlichen Gespräch umfassend und mir ausreichend über den Ablauf des geplanten Anästhesieverfahrens (Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikohörende Besonderheiten) aufgeklärt wurde und damit einverstanden bin. Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort, Datum.....

Unterschrift Patient/Patientin/Eltern.....

Ärztin/Arzt.....

- Bei allfälligen Fragen oder Unklarheiten können Sie sich jederzeit an uns wenden:
- **KSH (Hauptstandort):** Tel. +41 81 256 76 30 (Sekretariat Sprechstunde Anästhesie) oder +41 81 256 65 08 (Dienstarzt Anästhesie)
 - **Fontana:** Dienstarzt Anästhesie +41 81 254 82 00 (oder via Zentrale +41 81 254 81 11)
 - **Kreuzspital:** Dienstarzt Anästhesie +41 81 255 20 10 (oder via Zentrale, +41 81 255 21 11)

Anästhesiefragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir freuen uns, dass Sie für den operativen Eingriff das Kantonsspital Graubünden gewählt haben. Zur Abschätzung des Anästhesierisikos bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit zu bestätigen. Wir sind uns bewusst, dass Sie dieselben Fragen unter Umständen mehrfach beantworten müssen. Dies ist aus organisatorischen Gründen leider unvermeidlich. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und halten Sie ihn bereit für das Gespräch mit dem Anästhesiearzt/-ärztin. Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Name..... Vorname..... Geburtsdatum..... Körpergewicht..... kg Körpergrösse.....cm

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Fühlen Sie sich gesund ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Können Sie ohne Unterbruch zwei Stockwerke Treppen gehen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Waren Sie in den letzten Jahren schwer krank ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie) gegen Medikamente , z.B. Antibiotika (Penicillin, Bactrim, Kefzol), Narkosemittel, Latex, Pflaster, Jod, Insektenstiche o.a. ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, gegen was?..... | | |
| ✓ Leiden Sie unter erhöhter Blutungsneigung, entstehen blaue Hautflecken auch ohne besonderen Anlass, neigen Sie zu häufigem Nasen- oder Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder Blutplättchenhemmung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Aspirin, Tiatral, Plavix, Efient, Brilique, Xarelto, Fragmin, Fraxiparine, Fraxiforte, Clexane, Pradaxa, Eliquis) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Leiden Sie unter: | | |
| - Hohem Blutdruck (art. Hypertonie), niedrigem Blutdruck ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Herzerkrankungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Herzstolpern, unregelmässigem Puls ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie einen Herzschrittmacher oder IDC (Implantierter Defibrillator) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lungenerkrankungen, Asthma, chronischer Bronchitis ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Magengeschwür, saurem Aufstossen, Erbrechen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schwerem Rheuma (Gelenkrheuma, rheumatischem Fieber) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schilddrüsenerkrankungen (Über- oder Unterfunktion, Kropf) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Leberkrankheiten, Gelbsucht, Hepatitis, AIDS ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Epilepsie, Migräne, Schlaganfall ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, Maligner Hyperthermie, MS ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Rückenschmerzen, Ischialgien, Lähmungen, Bandscheibenvorfall ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nierenerkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Chronischen Schmerzen, Angst-/Panikzuständen, psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Kam es bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Haben Sie je eine Bluttransfusion erhalten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wenn ja, haben Sie in den letzten 3 Monaten eine Bluttransfusion erhalten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ergaben sich je bei einer Bluttransfusion Komplikationen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

✓ Nur für Frauen: Sind Sie möglicherweise schwanger ? Ja Nein

✓ Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein ? Ja Nein
 Wenn ja, welche?.....

✓ Wurden Sie bereits einmal operiert ? Ja Nein
 Wenn ja: Was für eine Operation ? Wann ?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Trinken Sie regelmässig Alkohol ? Wenn ja, wieviel ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Nehmen Sie regelmässig Drogen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche?.....Wieviel rsp wie häufig?..... | | |
| ✓ Haben Sie lockere Zähne ? Zahnprothesen/Brücken/Stiftzähne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift Patient/-in/Eltern