

Personalien Patient/in

Name:

Vorname:

- Anmeldung in Sprechstunde Schmerzmedizin ZRRS Anmeldung direkt zur Intervention

Gewünschte Intervention (LA, Lokalanästhetikum; RF, Radiofrequenz): Nach Ermessen des Arztes

- LA (diagnostisch) LA + Steroid RF* gepulste RF* Kryo-Neurolyse (Ablation)*

(* Besprechung mit Schmerzmedizinern bei Racz Katheter und RF wird empfohlen)

Aufklärung erfolgt, Einverständniserklärung vorhanden? Nein Ja

- Prio 1 (innert 1-2 Wo*) Prio 2 (innert 2-3 Wo) Prio 3 (innert 3-5 Wo)

* bei dringlicher Indikation bitte Rücksprache mit Interventionsmedizinern

Gewünschte Bildgebung:

- nach Ermessen des Arztes C-Bogen (im IVR) Ultraschall (im IVR) CT (Radiologie)

Schmerz-Lokalisation(en):

Höhe(n) und Seite(n):

- Nüchtern (6h) Mit Infusion Sedierung JA NEIN

Labor erfolgt (Quick, kleines Blutbild, CRP)? Nein Ja (bitte beilegen)

Bildgebung? Nein Ja, bei (Institut):

Allergien: Keine Kontrastmittel Lokalanästhetika Glucocorticoide Latex

Besonderes/Anmerkungen:

Absetzen der Blutverdünnung vor Infiltration (Zeitdauer vor geplanter Infiltration):

- Aspirin ≤ 100 mg: kein Absetzen Niedermolekulares Heparin (LMWH; therapeutisch): 12- 24 h
 Aspirin >100 mg: 3 Tage Marcoumar®/Sintrom®: Ziel-INR < 1.4 (Überbrückung mit LMWH, s.o.)
 Clopidogrel (Plavix®): 7 -10 Tage Ticagrelor (Brilique®): 5 Tage
 Rivaroxaban (Xarelto®): 10 mg: ≥24h Prasugrel (Efient®): 7 Tage
 Rivaroxaban (Xarelto®) 20 mg : ≥48h Endoxaban (Lixiana®) ≥48 h
 Apixaban (Eliquis®): ≥48h; Dabigatran (Pradaxa®): ≥48h (bei GFR 50-80: ≥72h; GFR 30-50: ≥96 h)

Absender-Informationen:

Praxis-Adresse:

Ort/Datum: Name/Vorname:

Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen