

Bethesda Spital AG
Gellertstrasse 144
4052 Basel

Klinik Rheumatologie & Schmerzmedizin
Tel. +41 61 315 23 20
ambulant.rheuma-schmerz@bethesda-spital.ch

Chefarzt
Prof. Dr. med. Stephan Gadola

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

Radiofrequenz (RF)

gepulste RF*

Racz Katheter*

(*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)

Injektionsverfahren/Technik, Lokalisation(en):

Epidural (ESI) interlaminär

Epidural (ESI) transforaminal

Sakralblock

Nervenwurzel(n)

Racz Katheter

Facettengelenk(e)

Median Branch Block (MBB)

Iliosakralgelenk(e)

Andere Gelenke:

Höhe und Seite der Infiltration(en):

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