

Patiëntenmap

Bijkomende informatie huisartsen

Evaluatie voor het onderzoek of de behandeling ('preoperatief' onderzoek)

Geachte collega

Een goed preoperatief onderzoek en afgesproken beleid heeft diverse voordelen zoals bijv. een reductie van morbiditeit voor-tijdens-na de procedure onder narcose, een betere patiëntentevredenheid, een hogere veiligheid e.a. Daarom rekenen we graag op uw steun.

ANAMNESE

(belangrijke gegevens nog niet vernoemd in de vragenlijst)

ASA-score			
I	II	III	IV

.....

.....

.....

.....

KLINISCH ONDERZOEK

Bloeddruk:/.....mm Hg , Hartslag:/min.

Longauscultatie:

.....

.....

Hartauscultatie:

.....

.....

Abdominaal/gastro-intestinaal:

.....

.....

Urogenitaal:

.....

.....

Bewustzijn en mentale status:

.....

Locomotorisch:

.....

Vasculair:

.....

Infectieus (MRSA, andere?):

.....

Andere:

.....

TECHNISCHE ONDERZOEKEN

ECG protocol:

.....

(graag ECG zelf toevoegen aub)

LAB (vul in of voeg protocol bij):

Hb:	Hct:	TBC:	INR / PTT:	aPTT:
WBC:	TE:	Creatinine:	GFR:	Ureum:
Bili:	Glyc:	TSH		
Na:	K:	Cl:	BIC:	Ca:

Opmerkingen van de HUISARTS voor de SPECIALIST en/of VERPLEEGKUNDIGEN van de AFDELING:

.....

Stempel huisarts

Handtekening

Datum

Stempel specialist

Handtekening

Datum

Medicatiebeleid: welke medicatie stoppen?

Afspraak: gelieve de meeste chronische thuismedicatie verder te geven en dus ook op de ochtend (vóór 6 uur 's morgens) of dag van het onderzoek zelf.

- Tip 1: Het verder geven van bètablokkers en statines, bij chronisch daarmee behandelde patiënten, op de dag van de procedure is geassocieerd met gereduceerde cardiale morbiditeit en mortaliteit.
- Tip 2: Denk ook aan voorschrijven van orale en inhalatie corticosteroïden, anti-epileptica, maagbeschermers, anti-aritmica ... de ochtend van de procedure bij chronisch daarmee behandelde patiënten.

NAAM MEDICATIE	LAATSTE INNAME
<p>ANTIDIABETICA</p> <p>Metformine</p> <p>andere orale antidiabetica</p> <p>langwerkende insulinen (Lantus® e.a.)</p> <p>bifasische insulines (Mixtard®, humuline® 30/70 ...)</p> <p>snelwerkende insulines</p>	<p>> 24 u</p> <p>avond voordien</p> <p>avond voordien</p> <p>halve dosis ochtend v.h. onderzoek</p> <p>niet op de dag van onderzoek</p>
<p>NOAC en ANTICO</p>	<p>Zie pag. 21-22</p>
<p>IJZERPREPARATEN</p>	<p>i.g.v. coloscopie:</p> <p>5 dagen voor de procedure stoppen</p>

PERIOPERATIEVE OVERBRUGGINGSTHERAPIE – SINT-ANDRIES TELLT

Anti-stolling – VKA (1)

	Hoog bloedingsrisico (2,3)	MATIG en LAAG Trombo-embolie of risico
HOOG Trombo-embolie of risico		
	<ul style="list-style-type: none"> *Miltakutusklep *VKF (CHA₂DS₂-VASc ≥ 2) *DVT/longembol < 3 maanden *Arterieel embol *Ernstige trombofilie 	<ul style="list-style-type: none"> *Bilateraal aortakutusklep (SU) *VKF (CHA₂DS₂-VASc < 2) *DVT/longembol > 3 maanden *Milde trombofilie
Stop VKA	<ul style="list-style-type: none"> *Marcumar[®]: stop 7 dagen vóór de ingreep = dag -8 *Marevan[®]: stop 5 dagen vóór de ingreep = dag -6 *Sintrom[®]: stop 3 dagen vóór de ingreep = dag -4 	
Pre-op LMWH	LMWH starten 2 dagen na stop VKA	
Dosis LMWH	Therapeutische dosis (bvz Cleksane [®] : 1 mg/kg 2x/d of 2e keur: 1,5 mg/kg 1x/d)	Intermediaire dosis (bvz Cleksane [®] : 1 mg/kg q 1x/d)
Laatste pre-op dosis LMWH	≥24u voor de ingreep	
	Controle INR ≥ 1 dag vóór de ingreep. Indien INR > 2 dan ≥ 2 mg Konaklor [®] per os bedlenen.	
Post-op herstarten LMWH	<ul style="list-style-type: none"> * Vanaf 8u na de ingreep mag profylactische dosis LMWH herstart worden (bvz Cleksane[®] 40 mg/dag). * Vanaf 24u na de ingreep: intermediaire dosis LMWH. * Vanaf 48u na de ingreep: therapeutische dosis LMWH. 	
Post-op herstarten VKA	<ul style="list-style-type: none"> * Herstart VKA 24-48u post-op aan onderhoudsdosis. Controle INR dag 6 na herstarten (geen oploaddosis). * Post-op LMWH verder tot 2 x INR > 2. 	

Dosis LMWH halveren bij ernstige nierinsufficiënte (CrCl < 30 ml/min)

(1) NOAC: cit. apart informatieblad.

(2) Zie tabel: Bloedingsrisico van de ingreep of invasieve procedure.

(3) Bij laag bloedingsrisico: VKA starten tot INR < 2,5.

	BLOEDINGSRISICO VAN DE INGREEP OF INVASIEVE PROCEDURE
	Richtlijngevende lijsten: steeds overweg met chirurgieoperator wim risico

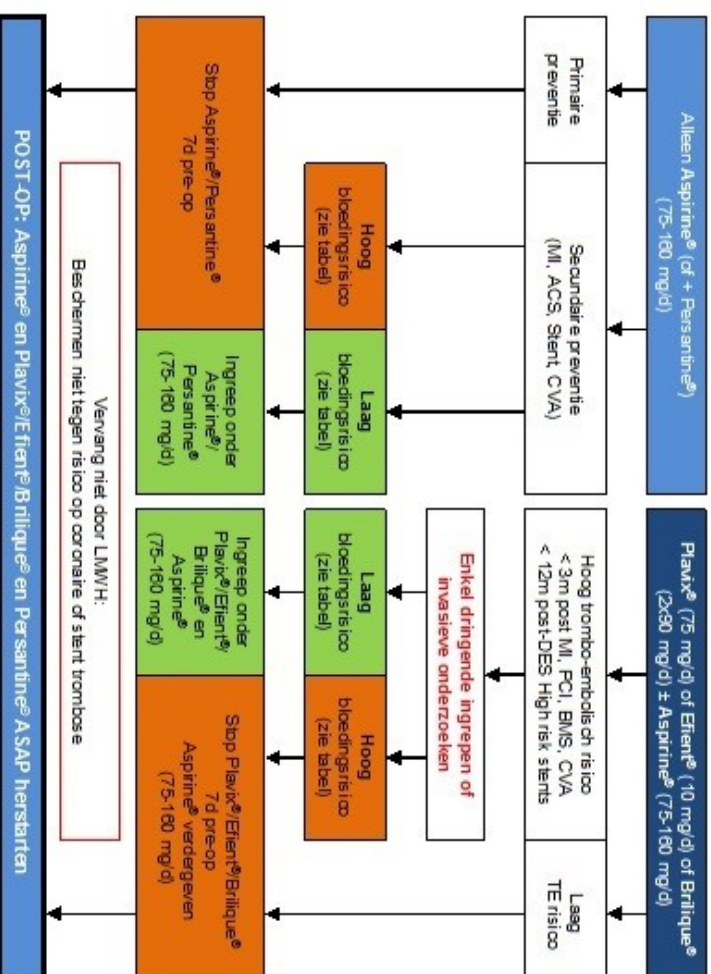
Hoog bloedingsrisico

- Cardiale neekwunde
- Intracraniale of spinale neekwunde
- Aorta-aneurysme
- Perifere vasculaire wunde (Igv VKA)
- Heup- en knieartroplastie (ruingreep)/prothesechirurgie
- Reconstructieve plastische neekwunde
- Majoritaire oculoblootige neekwunde
- Prostaat- en blaaschirurgie, prostaat- of niermoleculose
- Pacemakeraanplanten, Coronairgraaf (Igv VKA)
- Abdominale en gynaecologische ingreep
- ORL-chirurgie (uitz. emio. larynxchirurgie + trommelvlieswond)
- Dilatatie endoscopische ERCP met strictectomie
- Plakten PEG sondelenie endoscopie met FNA
- Endoscopische hemostase en varices Rf
- Resectie van colonpoliepen
- Tumoraal strie
- Cytohistocitome
- Endocytale anesthesie (larynale infiltratie)
- Post-neurie ooggreep, vitreocitome, strabisme, traanwafelgreep
- Botdoorstentnuurce (Igv VKA)
- Vasculomorphe borst
- Long- en abdominale diaphragdrainage

Laag bloedingsrisico

- Minder tandheelkundige procedures, vullingen, tandsteen verwijderen, tot 2 tandextrahies (bv. Exacel/mondspoeling)
- Minder dermatologische procedures
- Oculologische procedures, cataractwond
- Diagnostische bronchoscopie zonder biopsie/membraalbiopsie
- Pacemakeraanplanten/Coronairgraaf (Igv antitrombotica)
- Perifere vasculaire wunde (Igv antitrombotica)
- ORL, trommelvlieswond, endoscopische larynxchirurgie
- Diagnostische gastroscopie (+/- biopsie)
- Signatiscopie (+/- biopsie)
- Diagnostische colonoscopie
- ERCP zonder strictectomie
- Echo endoscopie zonder FNA
- Endoscopische stem zonder dilatatie (nillair, enteraal)
- Capsule endoscopie/endoscopie
- Arthroscopie en andere perifere orthopedische ingrepen (VKA starten tot s2 0)
- Punctie/ablatie en coronaroplasie borst
- Peritriculair infiltratie/arterio CT en intravas geurdriven

Anti-aggregatie



Electieve ingrepen bij patiënten onder NOAC

			Laag bloedingsrisico	Hoog bloedingsrisico
STOP NOAC	<u>Pradaxa</u> ®	GFR > 80 ml/ ^l GFR 50 - 80 ml/ ^l GFR 30 - 50 ml/ ^l	≥ 24 uur vooraf ≥ 36uur vooraf ≥ 48 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 72 uur vooraf ≥ 96 uur vooraf
	<u>Xarelto</u> ®	GFR > 30 ml/ ^l GFR 15 - 30 ml/ ^l	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf
	<u>Eliquis</u> ®	GFR > 30 ml/ ^l GFR 15 - 30 ml/ ^l	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf
	<u>Lixiana</u> ®	GFR > 30 ml/ ^l GFR 15 - 30 ml/ ^l	≥ 24 uur vooraf ≥ 36 uur vooraf	≥ 48 uur vooraf ≥ 48 uur vooraf
BRIDING			GEEN	GEEN
POSTOP HERSTART			*> 8u postop als hemotase OK. *intermediaire dosis LMWH als hemostase niet OK.	> 8u: profylactisch LMWH ≥ 24u: intermediair LMWH ≥ 48u: <u>therapeutisch</u> LMWH > 72u: NOAC als hemostase OK (eerst stop LMWH)

Cfr. EHRA practical

Guide aug. 2015

www.NOACforAF.eu

Bovenstaande richtlijnen 'peri-operatieve overbruggingstherapie' en 'electieve ingrepen onder NOAC' zijn een Sint-Andries-versie van juni 2016. De geneeskundige kennis evolueert echter verder en wordt ook in het Sint-Andriesziekenhuis continu opgevolgd. Voor een laatste update van richtlijnen en meer informatie, verwijzen we vriendelijk naar de website:

www.sintandriestielt.be > Zorgverleners > Huisartsen > Peri-operatieve bridging

	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV
Normaal gezonde patiënt	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV
Normaal gezonde patiënt		Patiënt met lichte systemische aandoening	Patiënt met invaliderende systemische aandoening die normale activiteit beperkt.	Patiënt met invaliderende systemische aandoening, constante bedreiging voor het leven.
		<ul style="list-style-type: none"> ◇ licht chronische bronchitis ◇ goed behandelde hypertensie ◇ goed geregelde diabetes ◇ milde obesitas, anemie 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ ernstig onregelde hypertensie ◇ onregelde of ongecontr. diabetes ◇ morbide obesitas, ernstige COPS of OSAS ◇ stabiel ischemisch hartlijden ◇ gekende cardiomyopathie ◇ cerebravasculair lijden ◇ chronisch nierinsufficiënte GFR < 60 ml/min 	
Niet-majeure ingreep	ANAMNESE + KLINISCHE EVALUATIE + labo op indicatie + ECG op indicatie of 65 jaar			
Majeure ingreep	ANAMNESE + KLINISCHE EVALUATIE + LABO + ECG, andere technische onderzoeken op indicatie			

ECG
op klinische indicatie
bij alle patiënten ³ 65 jaar

RX THORAX
op klinische indicatie

ANDERE
longfunctie, echocardiogram op klinische indicatie

LABO

1. compleet: Hb, Hct, TBC, WBC
2. stolling: PT, aPTT, INR
3. Nefro + Iono: creatinine, GFR, Na, K, Cl
4. glycemie

KLINISCHE EVALUATIE

1. door huisarts: altijd
2. door specialist:
 - op klinische indicatie
 - afhankelijk van type en aard van de ingreep

Onderzoeken van < 6 maand oud dienen niet herhaald te worden, tenzij er een recente verandering is van de klinische situatie

Bij twijfel kunt u steeds contact opnemen met de dienst anesthesie (051/425130) of de betrokken specialist

Sint-Andriesziekenhuis vzw

Bruggestraat 84
8700 Tielt

T 051 42 51 11
F 051 42 50 20

info@sintandriestielt.be
www.sintandriestielt.be