Universitätsklinikum Tübingen

An die Spezialambulanz Antithrombotische Therapie bei kardiologischen Risikopatienten

Innere Medizin III – Kardiologie und Kreislauferkrankungen
Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. M. Gawaz
Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen
Tel.: (0 70 71) 29-83688
Fax:(0 70 71) 29-5749

Kardiolog. Ambulanz,
Terminvereinbarungen, Tel.: (07071) 29-84476
Stationäre Anmeldung in der Kardiologie
Belegungsmanagement, Tel.: (07071) 29-82703

Faxanfrage zur antithrombotischen Therapie bei kardiovaskulären Risikopatienten (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name des Patienten: _____ **Alter des Patienten:** __ **Jahre** **Datum:** ___._____._____

Kardiovaskuläre Anamnese des Patienten:

☐ Koronare Herzerkrankung ☐ Z.n. Myokardinfarkt, wann zuletzt? __.__.____

☐ Koronare Stentimplantation wenn ja, wann war der letzte Eingriff ? ___.___._____

Art des zuletzt implantierten Stents ☐ beschichtet ☐ unbeschichtet

☐ Z.n. Schlaganfall / TIA, wenn ja, wann zuletzt? __.__.____ ☐ Vorhofflimmern

☐ Z.n. ven./art. Thrombosen (auch Stentthrombosen), Art:_____Datum___.____.___

☐ Klappenerkrankung, wenn ja welche: _____ Klappenersatz? ☐ mechanisch ☐ biologisch

Risikofaktoren: ☐ Diabetes ☐ Arterielle Hypertonie ☐ Niereninsuffizienz (KDOQI Stadium ___)

☐ Herzinsuffizienz, NYHA ____ LV-Funktion: ☐ leicht ☐ mittel ☐ hochgradig reduziert

Blutungsrisiko: ☐ stattgehabte Blutung ☐ spontan, bekannte Gerinnungsstörung?_____

☐ unter antithrombotischer Therapie ☐ intracerebrale Blutung

☐ transfusionspflichtige ☐ interventionspflichtige Blutung Lokalisation: _____

☐ geringe Blutung (Oberflächen-/Hautblutung, nicht transfusionspflichtige Blutung)

☐ Ulcera ventriculi/duodeni ☐ chronische Gastritis ☐ Behandlung mit PPI, welches _____

Derzeitige antithrombotische Therapie: ☐ ASS (Dosis ___ mg) ☐ Clopidogrel (Dosis ___ mg)

☐ Prasugrel (Dosis __ mg) ☐ Marcumar (Ziel INR __) ☐ andere: _____ (Dosis _____)

Geplanter operativer Eingriff? Art: _____ **Datum:** ___._____._____

Konkrete Anfrage (ggf. Rückseite benutzen):_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Name des Anfordernden, Tel . + Faxnummer:_____

Ggf. Fortsetzung der Anfrage:

- ANTWORT -

Patient _____ **Anfrage vom:** _____

Datum:_____ **Name und Unterschrift:** _____