

Dieser Patient wird behandelt mit
Antikoagulantien

Mit Hinweisen und
Dokumentationsmöglichkeit
zur Überbrückungstherapie

Präparat: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße und Hausnr.: _____

Wohnort: _____

Stempel bzw. Anschrift des behandelnden
Arztes/der Klinik

Zu Ihrer Sicherheit empfehlen wir, diesen Ausweis stets
zusammen mit dem Personalausweis bei sich zu tragen.

Ein Service von

SANOFI 

Medizinische Basisdaten

Geschlecht: m w

Geburtsdatum: _____

Indikation zur Antikoagulation: _____

Datum der Einstellung auf die orale Antikoagulation (OAK): _____

Geplante Dauer der oralen Antikoagulation: unbegrenzt
 für _____ Monate

Blutgruppe: _____ (ABO) _____ (Rhesus-Faktor)

Hinweise und Dokumentation einer **Überbrückungstherapie**: siehe Seite 10

Weitere Erkrankungen

Perioperative Überbrückung der oralen Antikoagulation (Bridging)

Thromboembolierisiko

Hoch, z. B.:

- Mechanischer Herzklappenersatz
 - Mitralklappenprothesen/Aortenkl. älteren Typs
 - Schlaganfall/TIA < 6 Monate
- Vorhofflimmern
 - CHADS₂-Score 5–6
 - Schlaganfall/TIA < 3 Monate
 - Rheumatischer Herzklappenfehler
- Venöse Thromboembolie (VTE)
 - VTE < 3 Monate
 - Schwere Thrombophilie

Mittel, z. B.:

- Mechanischer Herzklappenersatz
 - Zweiflügel-Aortenklappenprothese und einer der folgenden Faktoren: Vorhofflimmern, Schlaganfall/TIA i.d. Anamnese, Hypertonie, Diabetes, dek. Herzinsuffizienz, Alter > 75 Jahre
- Vorhofflimmern
 - CHADS₂-Score 3–4
- Venöse Thromboembolie (VTE)
 - VTE innerh. 3–12 Monaten/rezidivierende VTE
 - Leichte thrombophile Zustände
 - Akutes Malignom

Blutungsrisiko

Hoch, z. B.:

- Herzchirurgische Eingriffe (Bypass-OP, Herzklappen-Ersatz)
- Neurochirurgie
- Aortenaneurysma
- Peripherer, arterieller Bypass o. a. große gefäßchirurgische Eingriffe
- Große orth. Eingriffe (z. B. Hüft- und Knie-TEP)
- Rekonstruktive plastische Chirurgie
- Große Tumorchirurgie
- Chirurgische Eingriffe an Prostata und Blase

Vorsicht außerdem bei:

- Polypenresektion am Kolon
- Prostata-/Nierenbiopsie
- Herzschrittmacher-/Defibrillator-Implantation

Umstellungsempfehlungen in Abhängigkeit von Thromboembolie- und Blutungsrisiko

		Thromboembolierisiko	
		MITTEL	HOCH
Blutungsrisiko	NICHT ERHÖHT	<p>Dosis: therapeutisch oder prophylaktisch (Hochrisikodosis)*, wobei ersteres zu bevorzugen ist</p> <p>Perioperatives Management:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letzte NMH-Gabe: 24h prä-OP - erste NMH-Gabe: 24h post-OP sobald Hämostase erreicht ist 	<p>Dosis: therapeutisch</p> <p>Perioperatives Management:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letzte NMH-Gabe: 24h prä-OP - erste NMH-Gabe: 24h post-OP sobald Hämostase erreicht ist
	HOCH	<p>Dosis: therapeutisch oder prophylaktisch (Hochrisikodosis)*, wobei ersteres zu bevorzugen ist</p> <p>Perioperatives Management:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letzte NMH-Gabe: 24h prä-OP - erste NMH-Gabe post-OP in Abhängigkeit vom Erreichen der Hämostase individualisieren: z.B. 48-72 h post OP 	<p>Dosis: therapeutisch</p> <p>Perioperatives Management:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letzte NMH-Gabe: 24h prä-OP - erste NMH-Gabe post-OP in Abhängigkeit vom Erreichen der Hämostase individualisieren: z.B. 48-72 h post OP



Quelle: mod. nach Douketis et al., Chest 2008;133:299S–339S

* In Deutschland halbtherapeutische Dosierung möglich

Umstellungsempfehlungen zur Überbrückung der oralen Antikoagulation mit NMH

Vorgesehener Eingriff: _____

Datum des Eingriffs: _____

	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Eingriff am										
INR / Quick										
Anzahl Tabletten										
Spritzen	morgens 									
	abends 									
Nächster Arzttermin										
Thrombozyten										
Komplikationen (z. B. klinisch relevante Blutungen)										

Präparat: _____ Dosierung: _____

Größe: _____ Alter: _____ Gewicht: _____



Serum-Kreatinin: _____ Kreatinin-Clearance: _____

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo

Umstellungsempfehlungen zur Überbrückung der oralen Antikoagulation mit NMH

Vorgesehener Eingriff: _____

Datum des Eingriffs: _____

	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Eingriff am										
INR / Quick										
Anzahl Tabletten										
Spritzen	morgens 									
	abends 									
Nächster Arzttermin										
Thrombozyten										
Komplikationen (z. B. klinisch relevante Blutungen)										

Präparat: _____ Dosierung: _____

Größe: _____ Alter: _____ Gewicht: _____

Serum-Kreatinin: _____ Kreatinin-Clearance: _____

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Ihnen ein Medikament verordnet, das die Gerinnungsfähigkeit des Blutes herabsetzen soll. Bitte beachten Sie bei der Einnahme folgendes:

- Legen Sie diesen Ausweis bei jedem ärztlichen oder zahnärztlichen Besuch dem behandelnden Arzt vor.
- Halten Sie sich unbedingt an die von Ihrem Arzt vorgegebene Tabletten-Menge. Dies gilt auch, wenn Sie einmal vergessen sollten, Ihre Tabletten zu nehmen. Dann dürfen Sie auf keinen Fall zur nächsten Einnahmezeit die Anzahl der Tabletten erhöhen, da sonst die Blutungsgefahr erhöht wird.
- Gehen Sie regelmäßig zu den vom Arzt angeordneten Terminen morgens nüchtern zur Blutabnahme. Wird eine Blutkontrolle versäumt, dürfen die Tabletten nur dann weiter eingenommen werden, wenn dies angeordnet wird.
- Informieren Sie bei Blutungen (Nasenbluten, blutiger Urin) sowie bei Erkrankungen, die Bettruhe erforderlich machen, sofort den behandelnden Arzt.
- Die Einnahme zusätzlicher Medikamente, wie sie in Apotheken oder Drogerien auch ohne Rezept erhältlich sind, darf nur nach Absprache mit dem betreuenden Arzt erfolgen.
- Durch die Wirkung der Tabletten können kleinere Verletzungen länger als normal bluten. Bei allen stärkeren Blutungen (Unfälle) oder akut notwendigen Operationen (auch Zahnextraktionen) verständigen Sie den Arzt über die Behandlung mit Antikoagulantien.