



Malteser

...weil Nähe zählt.



Zentrum für Orthopädie und Chirurgie

Vorname	Nachname
<hr/>	
Geburtsdatum:	
<hr/>	

Fragebogen Tranexamsäure (Cyklokapron®)

Tranexamsäure-Gabe (als Kurzinfusion vor Hautschnitt oder am Ende der OP)

Abklärung von Kontraindikationen*

Kontraindikation	Ja	Nein
Ist bei Ihnen eine Allergie auf Tranexamsäure bekannt?		
Nehmen Sie Antikoagulanzen = (Blutverdünner) ein?		
Nehmen Sie Kontrazeptiva = (Verhütungsmittel, Hormone) ein?		
Hatten Sie eine Venenthrombose (Verstopfung) oder einen Gefäßverschluss?		
Sind bei Ihnen schon einmal Krampfanfälle aufgetreten?		
Sind bei Ihnen Netzhauterkrankungen des Auges bekannt?		
Ist Ihre Nierenfunktion stark eingeschränkt (Serumkreatinin > 2,8 mg/dl)?		

***Liegt eine der o.g. genannten Kontraindikationen vor, darf Tranexamsäure bei Ihnen nicht elektiv gegeben werden.**

Bewertung durch den Operateur:

Es liegen Kontraindikationen (s.o.) gegen die Gabe von Tranexamsäure vor: ja /nein

Dosierung

Serumkreatinin mg/dl	Dosis i.v.
< 1,35	1 g
1,35-2,8	10 mg/kg KG

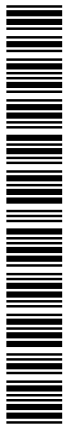
Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz:

Kreatinin-Wert aktuell: _____ mg/dl Gewicht: _____ kg **Errechnete Dosis: _____ g**

Anwendung

Die Tranexamsäure kann sowohl in die Blutbahn eingebracht werden (i.v. = intravenös) als auch direkt in das betroffene Gelenk (i.a. = intraartikulär).

Ich bin einverstanden mit der i.v. und/oder i.a. Gabe von Tranexamsäure.



B01AR01288



Malteser

...weil Nähe zählt.



Mir ist bekannt, dass die Behandlung mit Tranexamsäure eine off-label-Therapie ist, aber der Nutzen bereits in etlichen Studien belegt worden ist (Cordoba et al., 2014; Duncan et al., 2015; Poeran et al., 2014; Ponnusamy et al., 2014; Wind et al., 2014). Die Gabe von Tranexamsäure wird von der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik ausdrücklich empfohlen und dem Großteil der Endoprothesenzentren in Deutschland routinemäßig eingesetzt, um Blutverlust, Blutergüsse und das Risiko einer Nachblutung so klein wie möglich zu halten.

Mögliche Komplikationen:

- Diarrhoe = Durchfall, Erbrechen, Übelkeit
- Allergische Dermatitis
- Überempfindlichkeit einschließlich Anaphylaxie
- Krampfanfälle, insbesondere bei inkorrekt Anwendung
- Sehstörungen einschließlich des Farbsehens
- Unwohlsein mit Hypotonie, mit oder ohne Bewusstlosigkeit
- Arterielle oder venöse Thrombosen, die an verschiedenen Körperstellen auftreten können, Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungenembolie

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Die Patientin/Der Patient ist **volljährig** und besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene Maßnahme zu treffen und ihre/seine Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.
- Die Patientin/Der Patient wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht bzw. das Kind von seinen **Eltern**/einem Elternteil oder einem Vormund vertreten. Diese sind in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten/des Kindes zu treffen. Betreuerausweis/ Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung liegt vor.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Ich versichere, dass ich **keine weiteren Fragen** habe und **keine zusätzliche Bedenkzeit** benötige. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen. Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Eltern / Betreuer / Vormund

Kopie erhalten verzichtet

Unterschrift Kopie-Erhalt /-
Verzicht



B01AR0129B