

# Fragebogen zur Patienten-Selbstkontrolle der oralen Antikoagulation (PS-OAK)

---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Schulungsdatum: \_\_\_\_\_

---

Hausarzt (bitte Name und Adresse angeben) \_\_\_\_\_

---

## 1. Fragen zur Blutverdünnung (orale Antikoagulation, OAK):

1.1. Wann wurde die OAK begonnen? \_\_\_\_\_

1.2. Was ist / war der Grund für die OAK? \_\_\_\_\_

1.3. Ziel-INR:  1,5 – 2     2 – 3     2,5 – 3,5     3 – 4,5    anderer Ziel-INR: \_\_\_\_\_

1.4. Wie lange haben Sie **vor Beginn der Patienten-Selbstkontrolle** Medikamente zur OAK eingenommen? (Wie viele Jahre?) \_\_\_\_\_

1.5. Müssen Sie immer noch Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen?

Ja    ⇒ wie heisst das Medikament?

Marcoumar     Sintrom     Anderes ⇒ Name: \_\_\_\_\_

Nein ⇒ weshalb wurde die OAK abgesetzt?

kein Grund/Notwendigkeit mehr für die OAK

Auftreten von Erkrankungen, welche ein Absetzen der OAK erforderten

Auftreten von Komplikationen

1.6. Führen sie immer noch die **PS-OAK** durch?     Ja     Nein

1.7. Falls Sie die **PS-OAK** nicht mehr durchführen

○ Wann wurde die PS-OAK gestoppt? Datum: \_\_\_\_\_

○ Was war der Grund für das Absetzen der PS-OAK?

kein Grund/Notwendigkeit mehr für eine Blutverdünnung

Auftreten von Erkrankungen, welche ein Absetzen der OAK erforderten

Auftreten von Komplikationen

zu grosse finanzielle Belastung

Probleme mit der Handhabung des Gerätes

Probleme bei der Dosierung

1.8. Führen Sie die PS-OAK selber durch?     Ja     Nein

1.9. Falls Sie die PS-OAK nicht selbständig durchführen, wer hilft Ihnen dabei? \_\_\_\_\_

1.10. Wie viele INR-Messungen führen Sie durchschnittlich in einem Monat durch? \_\_\_\_\_

1.11. Wie viele INR-Messungen führt der Hausarzt durchschnittlich pro Jahr durch? \_\_\_\_\_

## 2. Fragen zu Komplikationen der PS-OAK

Mögliche Komplikationen der Blutverdünnung (Beispiele):

- Blutungen:  
Nasenbluten, Zahnfleischbluten, blutiger Urin, Hämatome, Magen-Darm-Blutungen, Hirnblutungen, Blutungen bei Verletzungen
  
- Thrombosen / Embolien:  
Lokalisation, Folgen (z.B. Unterschenkel-Thrombose, Halbseitenlähmung)

2.1. Sind bisher Komplikationen der Blutverdünnung aufgetreten?

- Nein, bisher sind keine Komplikationen aufgetreten
  
- Ja

2.2. Bitte tragen Sie alle Komplikationen der PS-OAK in der beiliegenden Tabelle ein und beschreiben Sie die genaueren Umstände:

- Genaue Lokalisation der Blutung oder der Thrombose
- der INR-Wert beim Auftreten der Komplikation
- War eine Konsultation bei einem Arzt erforderlich (Hausarzt oder Notfallarzt)?
- War ein Spitalaufenthalt erforderlich? Wo?
- Waren medizinische Eingriffe erforderlich (wenn ja, welche, z.B. Nasentamponade, Blasenkatheter)?
- War die Transfusion von Blutkonserven erforderlich? Anzahl?

Damit wir Sie bei Unklarheiten kontaktieren können, teilen Sie uns bitte mit, wie wir Sie am besten erreichen:

- Tel-Nr: \_\_\_\_\_
- E-Mail: \_\_\_\_\_
- anderes: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihrer Kontroll-Karten mit den Eintragungen der INR-Werte seit Beginn der PS-OAK**

Falls Sie uns das Original Ihrer Kontroll-Karte senden, werden wir sie kopieren und Ihnen wieder zurücksenden

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit!

