

Vorsorge des Patienten	Was muss gemacht werden
Indikation prüfen	▪ Mögliche Kontraindikationen prüfen
Aufklärung und Einwilligung	▪ Präferiert mindestens ein Tag vor Untersuchung durchführen und unterschreiben lassen, bei kürzerer Aufklärung so dokumentieren
BE	▪ Elyte, Nierenwerte, kl. BB, Gerinnung, SD Werte
Vorbereitung	▪ NOAK am Tag der Untersuchung pausieren ▪ INR < 3 wenn unter Marcumartherapie ▪ Metformin nur bei Niereninsuffizienz Grad 3-4 pausieren ▪ Flüssigkeitsaufnahme gewünscht ▪ Kleines Frühstück (außer bei high risk Patienten bzw. erster Patient im Plan) ▪ Keine Leistenrasur mehr notwendig ▪ Allergien dokumentieren (cave Heparin und KM) ▪ Bei Niereninsuffizienz: Hydratation mit 0,9% NaCL (1000ml) in Abh. der kardialen Leistung (cave Dekompensation)
12 Kanal EKG	▪ Befundung
Pulsstatus erheben	▪ Ggf. angiologische Untersuchung bei komplexen Zugangswegen

Nachsorge des Patienten	Was muss gemacht werden
Radial: TRBand	▪ Nach 3h 3ml entblocken (3ml im 10min Rhythmus), bei Nachblutung erneut mit 3ml blocken und 30min warten und erneut 3ml entblocken
Femoral	▪ Angioseal wenn oberhalb der Bifurkation -> für 2h Druckverband ohne Maus ▪ Wenn kein Angioseal, manuelle Kompression und DV mit Maus, nach 6h entfernen
Venöser Zugang (brachial oder femoral)	▪ Manuelle Kompression: DV für 2h
Zugangsweg	▪ Strömungsgeräusch/Hämatom ausschließen ▪ Duplex anordnen bei V.a. Pseudoaneurysma, abgeschwächtem Puls/Hämatom. ▪ Bei Akuter Blutung: manuelle Kompression bis zur Therapie und OA Information (erneute Koro oder CTA)
CTO / Komplexe PCI	▪ TTE im HKL am Ende der Untersuchung und vor Entlassung ▪ Hb-Kontrolle 12-24 Stunden nach HK ▪ Monitorbett (bis Entlassung) ▪ Stress Echo + invasive Kontrolle 6 Monate nach PCI, Koro-Kontrolle (siehe Befund) ▪ DAPT nach HKL Befund (6-12 Monate)
Sinus Reducer, LAA Verschluss	▪ Mind. 2 Nächte im Krankenhaus ▪ TTE (PE Ausschluss) vor Entlassung
HS-Intervention	▪ DAPT nach HKL Befund ▪ Ansonsten wie bei komplexer PCI
Dil-Routine	▪ wird nicht mehr un-selektioniert durchgeführt

Typ 4 MI	Definition
Neue AP, ST-Hebung, neue Q ODER: -> - Für Stabile Angina: Post-PCI Troponin Erhöhung >5X ULN mit NEU AUFGETRETENE Zeichen der Ischämie (ECG-Änderungen, Hypokinesie, Angiographisch Evidenz von reduziertem Fluß) - Für Patienten mit NSTEMI und fallender Troponin vor PCI: Neue Troponin Erhöhung >20% über pre-PCI Werte MIT Zeichen der Ischämie (ECG, Echo etc)	
Was tun	- HKL OA informieren - EKG, TTE - Hb Abfall, Anstieg Troponin, Anstieg Kreatinin dokumentieren - Punktionsstelle kontrollieren
Peri-PCI KIN	Definition
25% Kreatinin oder 0.5mg/dl Kreatinin Anstieg nach HK.	
Prävention	Hydratation mit 0,9% NaCL
Was tun	- HKL OA informieren - Hb Abfall, Anstieg Troponin, Anstieg Kreatinin dokumentieren

Entlassungsbrief	Was muss dokumentiert werden
Ambulante Briefe	Von HKL Ärzten geschrieben
Adressat	Zuweisender Arzt in Cc und Hausarzt
Diagnosenliste	- Anzahl kranke Gefäße, Ziel-Gefäß, Stent-typ - Peri- postprozedurale Komplikationen - Teilnahme an Studien
Epikrise	- Indikation zum HK - CCS-Class/NYHA-Class, inkl. Dauer der Beschwerden.
CTO/komplexe PCI	Koro-Kontrolle nach Koro-Befund
Zugangsweg	Strömungsgeräusche im Brief / abgeschwächten Puls dokumentieren

Therapie	
DAPT	Nach Schema
Metformin	Pause bis zur Kreatinin-Kontrolle nach HK <u>NUR wenn Kreatinin >1.5mg/dl</u> . Neu starten nach Ausschluss KIN.
Hyperthyreose	Bei latenter Hyperthyreose: Irenat 30 Tropfen 1-1-1 für 2 Wochen nach HK.
KIN-Prophylaxe	Hydratation