

ZuweiserInnen-Angaben

Name _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____

An die
 Universitätsklinik für Psychiatrie I
 Allgemeine Ambulanz
 6020 Innsbruck · Anichstraße 35

Per Fax an: 050 504-238 55

Die ausgefüllte und unterschrieben Zuweisung
 an die oben angeführte Nummer faxen!
 Sie werden von uns telefonisch kontaktiert.

PatientInnen-Angaben sind von ZuweiserInnen
 vollständig auszufüllen!

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

Name m w
Geschlecht

Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Allg. Geb.-Kl. Sonder Geb.-Kl. Selbstzahler

Zuweisung zur EKT

Indikation Zutreffendes ankreuzen!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwere depressive Episode mit oder ohne psychotischer Symptomatik | <input type="checkbox"/> Clozapin-resistente Schizophrenie** |
| <input type="checkbox"/> Therapieresistente Depression* | <input type="checkbox"/> Schizoaffektive Störung |
| <input type="checkbox"/> Perniziöse Katatonie | <input type="checkbox"/> Therapierefraktäre Manie*** |
| <input type="checkbox"/> Akute Schizophrenie (als Augmentationsstrategie bei medikamentöser Therapieresistenz oder bei Medikamentenunverträglichkeit) | <input type="checkbox"/> Wunsch der/ des Betroffenen |
| <input type="checkbox"/> Katatonie | <input type="checkbox"/> Anamnestisch gutes Ansprechen auf EKT |
| | <input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeit |

Medikamentenanamnese Vollständig ausfüllen!

Substanz	Dosis (mg)	von (Datum)	bis (Datum)	Wirkung	Verträglichkeit

Voruntersuchungen Bitte ankreuzen und vorhandene Befunde mitschicken!

- Anamnese, klinischer Status, neurologische Untersuchung
- Komplettes Blutbild, Glucose nüchtern, Urin-Analyse (Kreatinin, Stickstoff)
- Elektrolyte, Cholinesterase
- EKG
- Cerebrale Bildgebung innerhalb des letzten Jahres empfohlen
- EEG
- Bei Anamnese von Beinvenenthrombose diesbezügliche gefäßchirurgische Abklärung

Therapieresistenz Zutreffendes ankreuzen!

*Depression

- Drei frustrane Monotherapieversuche mit unterschiedlichen Antidepressiva in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer. Einer davon muss ein Hochdosis-Therapieversuch mittels Venlafaxin (> 300 mg täglich) unter EKG-Kontrolle sein.
- Frustrane Kombinationstherapien:**
 - Mirtazapin oder Mianserin in Kombination mit einem weiteren Antidepressivum
 - Kombination von Venlafaxin mit Bupropion (**Cave** Interaktion, meistens ohne klinische Relevanz)
- Frustrane Augmentationstherapien:**
 - Augmentation der antidepressiven Medikation mittels eines Antipsychotikums der zweiten oder dritten Generation
 - Augmentation der antidepressiven Medikation mittels Lithium (Serumspiegel 0,5 – 0,7 mmol/l)

**Schizophrenie

- Zwei frustrante Monotherapieversuche mit unterschiedlichen Antipsychotika in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer (2 Wochen im steady state).
- Frustranter Monotherapieversuch mit Clozapin
- Frustranter Kombinationsversuch mit Clozapin + weiterem Antipsychotikum
- Frustranter Augmentierungsversuch mit Clozapin + Valproat oder Lamictal

***Manie

- Frustranter Therapieversuch mit Lithium
- Frustranter Therapieversuch mit Valproat
- Frustranter Therapieversuch mit Lithium oder Valproat in Kombination mit Antipsychotikum der zweiten oder dritten Generation
- Frustranter Therapieversuch mit Clozapin

Absolute Kontraindikationen sind derzeit nicht bekannt.

Auch ein sehr hohes oder junges Alter, Herzschrittmacher, Gravidität, Osteoporose, Glaukom oder länger zurückliegende Herz- oder Hirninfarkte stellen keine absolute Kontraindikation für EKT dar.

Relative Kontraindikationen mit erhöhtem Komplikationsrisiko

Bitte ankreuzen, wenn bekannt!

- Erhöhter Hirndruck
- Rezenter Herzinfarkt
(höchstes Risiko innerhalb der ersten zehn Tage, geringes Risiko nach drei Monaten)
- Rezenter ischämischer oder hämorrhagischer cerebraler Insult
(mindestens einmonatiger Abstand empfohlen)
- Gefäßmissbildungen: cerebrale Aneurysmata, Stentversorgung
- Kardiovaskuläre und respiratorische Risikofaktoren
(Pulmonalembolie, COPD, Kardiomyopathie, Klappeninsuffizienz etc.)
- Bein- und Beckenvenenthrombosen
- Antikoagulation bzw. Gerinnungsstörung
- Ablatio retinae
- Phäochromozytom
- Gravidität

Datum

Stempel + Unterschrift Zuweiserin

Universitätsklinik für Psychiatrie I · 6020 Innsbruck · Anichstraße 35 · Telefon +43 50 504-236 69 · Fax +43 50 504-252 67