

Stammdaten	
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____
Alter bei Unfall Geburtsdatum bekannt Datum _____._____._____ Geburtsdatum Unbekannt Geschätztes Alter _____ Jahre	Geschlecht <input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> K. A. Wenn weiblich, Bestand eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.
Unfall-Anamnese Unfallzeitpunkt Datum _____._____._____ Uhrzeit ____:____ Uhr Unfallmechanismus <input type="radio"/> Stumpf <input type="radio"/> Penetrierend Ursache <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> Verdacht auf Gewaltverbrechen <input type="radio"/> Verdacht auf Suizid	Zuverlegt <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A. Gesundheitszustand vor Unfall ASA vor Unfall <input type="radio"/> 1 – Gesund <input type="radio"/> 2 – Leichte Einschränkungen <input type="radio"/> 3 – Schwere systemische Erkrankung <input type="radio"/> 4 – Lebensbedrohliche Allgemeinerkrankung
Unfallart Verkehr <input type="radio"/> PKW- / LKW-Insasse <input type="radio"/> Motorradfahrer <input type="radio"/> Fahrradfahrer <input type="radio"/> Fußgänger angefahren <input type="radio"/> Andere (Zug, Schiff, ...) _____ Sturz <input type="radio"/> Über 3 m Höhe <input type="radio"/> Unter 3 m Höhe Sonstige <input type="radio"/> Schlag (Gegenstand, Ast, ...) <input type="radio"/> Schuss <input type="radio"/> Stich <input type="radio"/> Andere (Explosion, Verpuffung, ...) _____	Antikoagulation? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A. Wenn Ja, welche? <input type="radio"/> Thrombozytenaggregationshemmer <input type="radio"/> NOAK <input type="radio"/> Vitamin K-Antagonisten <input type="radio"/> Heparine und andere
Unfallort <input type="radio"/> Unfall zu Hause <input type="radio"/> Unfall beim Sport <input type="radio"/> Unfall bei der Arbeit <input type="radio"/> Unfall im Krankenhaus <input type="radio"/> Anderer	Lebenssituation <input type="radio"/> Zu Hause, selbständig <input type="radio"/> Zu Hause, pflegebedürftig <input type="radio"/> Im Pflegeheim, selbstständig <input type="radio"/> Im Pflegeheim, pflegebedürftig <input type="radio"/> Andere

Präklinik																																																																														
Pseudonymisierte ID: _____ Interne Bemerkung: _____																																																																														
Rettungszeiten Alarmierung _____:____ Uhr Abfahrt Unfallstelle _____:____ Uhr Ankunft Notarzt Unfallstelle _____:____ Uhr	Transport <input type="checkbox"/> Bodengebunden mit NA <input type="checkbox"/> Bodengebunden ohne NA <input type="checkbox"/> RTH <input type="checkbox"/> Privat / Selbst																																																																													
Glascow Coma Scale Augenöffnen <input type="checkbox"/> 4 - Spontan <input type="checkbox"/> 3 - Auf Aufforderung <input type="checkbox"/> 2 - Auf Schmerzreiz <input type="checkbox"/> 1 - Keine <input type="checkbox"/> Unbekannt Verbale Antwort <input type="checkbox"/> 5 - Orientiert <input type="checkbox"/> 4 - Verwirrt <input type="checkbox"/> 3 - Inadäquat <input type="checkbox"/> 2 - Unverständlich <input type="checkbox"/> 1 - Keine <input type="checkbox"/> Unbekannt Pupillenweite <input type="checkbox"/> 0 - Normal <input type="checkbox"/> 1 - Anisokorie <input type="checkbox"/> 2 - Beidseits weit	Motorische Antwort <input type="checkbox"/> 6 - Aufforderung <input type="checkbox"/> 5 - Gezielt (Schmerz) <input type="checkbox"/> 4 - Ungezielt (Schmerz) <input type="checkbox"/> 3 - Beugekrämpfe <input type="checkbox"/> 2 - Streckkrämpfe <input type="checkbox"/> 1 - Keine Reaktion <input type="checkbox"/> Unbekannt GCS-Wert _____ Lichtreaktion <input type="checkbox"/> 0 - Spontan <input type="checkbox"/> 1 - Verzögert <input type="checkbox"/> 2 - Lichtstarr																																																																													
Verletzungen <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">keine</th> <th style="text-align: center;">leicht</th> <th style="text-align: center;">mittel</th> <th style="text-align: center;">schwer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schädel-Hirn</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gesicht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Thorax</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abdomen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Becken</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obere Extremitäten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Untere Extremitäten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Weichteile</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		keine	leicht	mittel	schwer	Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitalzeichen Blutdruck (systolisch) _____ mmHg Puls _____ /min Atemfrequenz (spontan) _____ /min Sauerstoffsättigung (SpO2) _____ % Kapnometrie durchgeführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Volumengabe Kristalloide _____ ml Kolloide _____ ml Therapie <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Endotracheale Intubation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alternative Atemwegssicherung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Analosedierung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Herzdruckmassage</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Katecholamine</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Thoraxdrainage</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tranexamsäure</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beckengurt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> NACA-Index <input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V) <input type="checkbox"/> (VI) <input type="checkbox"/> (VII)		Ja	Nein	Endotracheale Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alternative Atemwegssicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analosedierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katecholamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thoraxdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranexamsäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beckengurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	leicht	mittel	schwer																																																																										
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
	Ja	Nein																																																																												
Endotracheale Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Alternative Atemwegssicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Analosedierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Katecholamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Thoraxdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Tranexamsäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Beckengurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
	Implantat oder Osteosynthese vor Ort <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Hüftprothese <input type="checkbox"/> Osteosynthese <input type="checkbox"/> Andere																																																																													

Aufnahme																			
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____																		
War die präklinische Beckenstabilisierung effektiv? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.	Labor Hämoglobin _____ g/dl oder mmol Thrombozytenzahl _____ / μ l oder gpt/l* TPZ (Quick) _____ % PTT _____ sek INR _____ [ohne Einheit] Base Excess (-/+) _____ mmol/l Ca (ionisiert) _____ mmol/l oder mg/dl* Ethanol (Plasma) _____ μ mol oder mg/dl* Fibrinogen _____ / μ mol oder g/dl*																		
Glasgow Coma Scale Augenöffnen <input type="radio"/> 4 - Spontan <input type="radio"/> 3 - Auf Aufforderung <input type="radio"/> 2 - Auf Schmerzreiz <input type="radio"/> 1 - Keine <input type="radio"/> Unbekannt Verbale Antwort <input type="radio"/> 5 - Orientiert <input type="radio"/> 4 - Verwirrt <input type="radio"/> 3 - Inadäquat <input type="radio"/> 2 - Unverständlich <input type="radio"/> 1 - Keine <input type="radio"/> Unbekannt	Motorische Antwort <input type="radio"/> 6 - Aufforderung <input type="radio"/> 5 - Gezielt (Schmerz) <input type="radio"/> 4 - Ungezielt (Schmerz) <input type="radio"/> 3 - Beugekrämpfe <input type="radio"/> 2 - Streckkrämpfe <input type="radio"/> 1 - Keine Reaktion <input type="radio"/> Unbekannt GCS-Wert _____																		
Pupillenweite <input type="radio"/> 0 - Normal <input type="radio"/> 1 - Anisokorie <input type="radio"/> 2 - Beidseits weit	Lichtreaktion <input type="radio"/> 0 - Spontan <input type="radio"/> 1 - Verzögert <input type="radio"/> 2 - Lichtstarr																		
	Hämostase-Therapie Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten Zeit erste EK Gabe ____:____ Uhr Frischplasma (FFP) _____ Einheiten / ml* Thrombozytenkonzentrat _____ Einheiten / ml*																		
	Medikamentöse Gerinnungstherapie Zeitpunkt Beginn ____:____ Uhr <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tranexamsäure</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Fibrinogen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>PPSB</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kalzium</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Faktor XIII</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kalzium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faktor XIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nein																	
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Kalzium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
Faktor XIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	

*Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen

SR-/OP-Phase			
Diagnostik	Ja	Nein	Datum Uhrzeit
Sono Abdomen (FAST)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____.____.____ ____:____
Freie Flüssigkeit bei FAST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Röntgen Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____.____.____ ____:____
Röntgen Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____.____.____ ____:____
Röntgen Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____.____.____ ____:____
cCT (isoliert)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____.____.____ ____:____
Ganzkörper-CT (inkl. cCT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____.____.____ ____:____
MRT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____.____.____ ____:____
ROTEM®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____.____.____ ____:____
EXTEM-CT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ sek
EXTEM-MCF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ mm
FIBTEM-A10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ mm
Volumengabe			
Kristalloide _____ ml			
Kolloide _____ ml			
Weiterversorgung			
Weiterverlegung	Uhrzeit ____:____ Uhr		
<input type="radio"/> OP	<input type="radio"/> ICU/IMC		
<input type="radio"/> Tod im Schockraum	<input type="radio"/> Anderes Krankenhaus		
<input type="radio"/> Sonstige _____			
Wurde Teleradiologie genutzt?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.			
Therapie Schockraum			
		Ja	Nein
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Katecholamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Thoraxdrainage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Operative Notfalleingriffe bis Aufnahme ICU/IMC			
	Ja	Nein	Schnittzeit
Oper. Hirndruckentlastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____
Laminektomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____
Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____
Laparotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____
Revaskularisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____
Embolisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____
Stabilisierung Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____
Stabilisierung Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____

ISS	
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____
Score ISS Kopf/Hals/Gesicht/Extern _____ Punkte ISS Abdomen _____ Punkte ISS Extremitäten _____ Punkte ISS Thorax _____ Punkte ISS gesamt _____ Punkte	Kopf / Hals <input type="checkbox"/> Ohrkanalverletzung, Tracheakontusion, Mund- / Rachenverletzung, Pharynxverletzung ohne größere Blutungen <input type="checkbox"/> SHT I°: geschlossene einfache Schädeldach-Fx, Verletzung Mittel- / Innenohr, Pharynxverletzung mit stärkerer Blutung, Kontusion Larynx, Ösophagus, Schilddrüse <input type="checkbox"/> SHT II°: Schädelbasisfraktur oder komplexere Kalottenfraktur ohne Liquorrhoe, Hirnkontusion, SAB, Hirnödem, Hirnschwellung, Hirninfarkt, Hygrome, SDH, Schilddrüsenkontusion, Tracheaeinriss <input type="checkbox"/> SHT II°: Schädelbasisfraktur oder offene Schädeldachfraktur mit Lufteinschlüssen und Liquorrhoe, HirnNeinriss, EDH, SDH < 100 ml, intrazerebrale Hämatome, Kehlkopfneinriss, Tracheariss, Einriss A. carotis / A. subclavia <input type="checkbox"/> SHT III°: Hirnstammsymptomatik, EDH, SDH < 100 ml, diffuse Hirnverletzung, Zertrümmerung Ösophagus / Trachea / Kehlkopf <input type="checkbox"/> K. A.
Gesicht <input type="checkbox"/> Gingivaverletzung, Lippenverletzung, einfache Mandibulafraktur, Nasenbeinfraktur, Zahnverlust Zungenverletzung <input type="checkbox"/> Cornea- / Skleraverletzung, Alveolarfortsatzfraktur, Abriss Gingiva / Lid / Lippe, offene oder dislozierte Mandibulafraktur, Maxillafraktur, Le Fort I, tiefer ZungeNeinriss, dislozierte Nasenbeinfraktur <input type="checkbox"/> Jochbeinfraktur, Augenverlust, N. opticus Läsion, Orbitafraktur, offene stark dislozierte Mandibulafraktur, Le Fort II <input type="checkbox"/> Le Fort III <input type="checkbox"/> K. A.	Halswirbelsäule <input type="checkbox"/> Distorsion HWS ohne Neurologie, ohne Luxation / Fraktur <input type="checkbox"/> Fraktur / Luxation Dorn- / Querfortsätze stabil, Bandscheibenverletzung ohne Wurzelkompression und ohne Rückenmarkskompression, Plexus brachialis Läsion inkomplett <input type="checkbox"/> Bandscheibenverletzung mit Wurzelkompression, Fraktur / Luxation HWK 1 - 2 <input type="checkbox"/> Fraktur / Luxation AO C1 - C3, Rückenmarkskontusion mit inkompletter Neurologie <input type="checkbox"/> Komplette Querschnittsymptomatik sub HWK 3 <input type="checkbox"/> Komplette Querschnittsymptomatik HWK 1 - 3 mit oder ohne Fraktur / Luxation <input type="checkbox"/> K. A.
Extern <input type="checkbox"/> Hautverletzung bis 25 cm ² Gesicht / bis 50 cm ² am Körper, Verletzungen bis Subcutis, Verbrennungen Grad I bis 100 % KOF, Verbrennungen Grad II von 3 % - 6 % KOF <input type="checkbox"/> Größere Hautverletzungen als in Kategorie 1, Verbrennungen Grad II bis III von 6 % - 15 % KOF <input type="checkbox"/> Verbrennungen Grad II bis III von 16 % - 25 % KOF <input type="checkbox"/> Verbrennungen Grad II bis III von 26 % - 35 % KOF <input type="checkbox"/> Verbrennungen Grad II bis III von 36 % - 90 % KOF <input type="checkbox"/> Verbrennungen Grad II bis III > 90 % KOF <input type="checkbox"/> K. A.	Lunge <input type="checkbox"/> Lungenkontusion einseitig, Pneu einfach, Luftleck > 72 Std. aus distalen Atemwegen, leichte Gefäßverletzung eines intrapulmonalen kleinen Gefäßes <input type="checkbox"/> Luftleck > 72 Std. aus mittleren bis großen Lobärbronchien oder distalen Atemwegen beidseitig, Hilusverletzung, komplette Hilusruptur, Lungenkontusion beidseitig, Pneu beidseitig, Thoraxtrauma mit Mediastinalbeteiligung <input type="checkbox"/> Instabile Rippenserienfraktur beidseitig, Hilusgefäßverletzung beidseitig, komplette Hilusruptur beidseitig <input type="checkbox"/> K. A.
Brustkorb <input type="checkbox"/> Kontusion Thoraxwand, Einriss Haut subkutan oder Muskulatur, geschlossene Rippenfraktur < 3 Rippen einseitig <input type="checkbox"/> Claviculafraktur, Sternumfraktur, stabile geschlossene Rippenfraktur mind. 3 Rippen, Scapulafraktur, Pneumothorax unkompliziert <input type="checkbox"/> Unilaterale Thoraxwand Instabilität < 3 Rippen, stabile Rippenserien einseitig, geschlossene Rippenfrakturen beidseitig mind. 3 Rippen, Claviculafrakturen beidseitig, Scapulafraktur beidseitig, Pneumothorax beidseitig <input type="checkbox"/> Abriss der Brustkorbweichteile mit darunterliegenden Rippenfrakturen, instabile Rippenfrakturen einseitig, bilaterale partielle Instabilität < 3 Rippen <input type="checkbox"/> Instabile Rippenserienfrakturen beidseitig <input type="checkbox"/> K. A.	

*KOF: Körperoberfläche

ISS	
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____
Gefäße <ul style="list-style-type: none"> ○ Interkostalgefäße, Vasa mammaria, Vasa bronchiales, Vasa oesophageales, Vasa hemiazygos, Vasa azygos jugularis interna, Hämatothorax einseitig ○ Vasa pulmonales oder Primäräste, Intimaläsion, Arteria carotis oder Aorta ○ Vasa subclavia, Vasa innominata, Vena cava, Hämatothorax beidseitig ○ Vasa pulmonales - Hauptstamm, Hilusgefäßdurchtrennung, Einriss < 25 % Zirkumferenz Arteria carotis, Aorta ○ Intrathorakale Aortenruptur, komplette Ruptur Arteria carotis ○ K. A. 	Herz <ul style="list-style-type: none"> ○ Herzkontusion ohne Herzstillstand, tangential penetrierende Myocardverletzung ohne Endocarbeteiligung oder Herztamponade, penetrierende Herzverletzung mit Septumruptur / Papillarmuskeldysfunktion / Klappenläsion, Koronargefäßokklusion mit Herzversagen ○ Weite Herzperforation mit Beteiligung vom rechten Vorhof / rechten Kammer / linken Vorhof, proximale Koronargefäßokklusion ○ Herzpenetration mit Gewebeverlust > 50 % einer Kammer, Herzdislokation ○ K. A.
BWS <ul style="list-style-type: none"> ○ Distorsion ohne Luxation / Fraktur ○ Fraktur / Luxation Dorn- / Querfortsätze, Kompressionsfraktur Typ A1 ○ Bandscheibenvorfall mit Wurzelsymptomatik, Fraktur / Luxation A2 / A3 / B1 - B3, Wurzelläsion ○ Fraktur / Luxation C1 - C3 ○ Komplette Rückenmarksunterbrechung ○ K. A. 	Sonstiges <ul style="list-style-type: none"> ○ Schweres Inhalationstrauma ○ K. A. <hr/> Zwerchfell <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontusion ○ Zwerchfellruptur ○ K. A.
Leber <ul style="list-style-type: none"> ○ Subkapsuläres Hämatom < 50 % Oberfläche oder < 2 cm Durchmesser, nicht blutender Kapselriss < 1 cm tief, blutender Kapselriss 1 - 3 cm tief ohne Beteiligung der Vasa trabecularia ○ Subkapsuläres Hämatom > 50 % Oberfläche oder > 2 cm Durchmesser, rupturiertes blutendes subkapsuläres Hämatom, Kapselriss > 3 cm tief ○ Rupturiertes aktiv blutendes Hämatom, Einriss mit Beteiligung eines Leberlappens von 25 % - 50 % ○ Parenchymriss > 50 % eines Leberlappens, Einrisse retrohepatisch Vena cava oder der größeren Venae hepaticae ○ Kompletter Leberabriss, Leberzerreißen ○ K. A. 	Milz <ul style="list-style-type: none"> ○ Subkapsuläres Hämatom < 50 % Oberfläche oder > 2 cm Durchmesser, nicht blutender Kapselriss < 1 cm tief, blutender Kapselriss 1 - 3 cm tief ohne Beteiligung der Vasa trabecularia ○ Subkapsuläres Hämatom > 50 % Oberfläche oder > 2 cm Durchmesser, rupturiertes blutendes subkapsuläres Hämatom, Kapselriss > 3 cm tief oder Beteiligung der Vasa trabecularia ○ Rupturiertes aktiv blutendes Hämatom, Einriss mit Beteiligung der Hilusgefäße mind. 25 % Devaskularisation ○ Komplette Milzruptur, Hilusgefäßabriss mit kompletter Devaskularisation ○ K. A.
Pankreas <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontusion / oberflächlicher Einriss ohne Ductusbeteiligung / Gewebeverlust ○ Größerer Einriss ohne Ductusbeteiligung / Gewebeverlust, distaler Durchriss / Parenchymriss ohne Ductusbeteiligung ○ Proximaler Durchriss rechts lateral der Vena mesenterica sup., Parenchymriss mit Beteiligung der Ampulla vateri ○ Massive Zerstörung des Pankreaskopfes ○ K. A. 	Duodenum <ul style="list-style-type: none"> ○ Hämatom ○ Oberflächlicher Einriss ohne Perforation ○ Einriss < 50 % der Zirkumferenz, Einriss 50 – 75 % D2, Einriss 50 – 100 % D1 / D3 / D4 ○ Einriss 75 % der Zirkumferenz, D2 mit Beteiligung der Ampulla / Gallengang, Devaskularisation des Duodenums, massive Zerstörung des duodenopankreatischen Komplexes ○ K. A.

ISS	
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____
<p>Dünndarm</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hämatom, oberflächlicher Einriss ohne Perforation <input type="radio"/> Einriss < 100 % der Zirkumferenz <input type="radio"/> Dünndarmdurchriss ggf. mit segmentalem Gewebeverlust, devaskularisierter Abschnitt <input type="radio"/> K. A. 	<p>Kolon</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hämatom, Kontusion, oberflächlicher Einriss ohne Perforation, keine Devaskularisation <input type="radio"/> Einriss < 100 % der Zirkumferenz <input type="radio"/> Dickdarmdurchriss ggf. mit segmentalem Gewebeverlust, devaskularisierter Abschnitt <input type="radio"/> K. A.
<p>Rektum</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hämatom, Kontusion, oberflächlicher Einriss ohne Perforation, keine Devaskularisation <input type="radio"/> Einriss < 50 % der Zirkumferenz <input type="radio"/> Einriss > 50 % der Zirkumferenz <input type="radio"/> Devaskularisierter Abschnitt, Perforation mit Beteiligung des Perineums <input type="radio"/> K. A. 	<p>Niere</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nierenkontusion, subkapsuläres nicht expandierendes Hämatom ohne Parenchymeinriss maximal bis zum renalen Retroperitoneum reichend, Parenchymeinriss bis 1 cm ohne Urinextravasat <input type="radio"/> Parenchymeinriss > 1 cm ohne Beteiligung des Urinsammelsystems bzw. Urinextravasat <input type="radio"/> Parenchymeinriss bis Nierenmark evtl. Beteiligung des Urinsammelsystems, Beteiligung Vasa renales mit deutlicher Blutung <input type="radio"/> Komplette Nierenzerreißung, Nierenstielaabriss mit Devaskularisation <input type="radio"/> K. A.
<p>Ureter</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Kontusion / Hämatom ohne Devaskularisation, < 50% Einriss <input type="radio"/> > 50 % Einriss, kompletter Durchriss / Abriss mit Devaskularisation <input type="radio"/> K. A. 	
<p>Urethra</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Kontusion, Dehnung, partieller Einriss <input type="radio"/> komplette Durchtrennung, Extravasation ohne Blasenbeteiligung, < 2 cm Separation <input type="radio"/> Komplette Durchtrennung, > 2 cm Separation ggf. Ausdehnung bis Prostata / Vagina <input type="radio"/> K. A. 	<p>Blase</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Kontusion, intramurales Hämatom <input type="radio"/> Oberflächlicher Einriss ohne Perforation <input type="radio"/> Intra- oder extraperitoneale Blasenruptur <input type="radio"/> K. A.

ISS	
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____
<p>Gefäße</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Arteria hepatica communis, Vasa lienales, Vasa gastrica, Arteria gastroduodenalis, Vasa mesenterica inferior, Vasa mesenterica sup., Vasa renalis, Vasa iliaca, Truncus coeliacus, Vena cava abdominalis, benennbare Äste der beschriebenen Gefäße, Vena portae, Vena hepatica dextra ○ Abdominelle Aorta ○ Vena hepatica intra- und extrahepatisch, Vena cava perihepatisch ○ K. A. 	<p>Sonstiges</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Muskelschmerzen, Abdrücke des Sicherheitsgurtes, oberflächliche Bauchwandinrisse / Perforationen ohne Organbeteiligung, Scrotumeinriss, Peniskontusion, oberflächliche Verletzungen im Genitalbereich ○ Schwerste Bauchwandprellungen, Bauchwandabriss, tiefer Einriss der Bauchwand ohne Organbeteiligung, tiefer Scrotumeinriss, Magenkontusion ○ Bauchmuskeldruptur, Gallenblasenkontusion, Omentumkontusion, Mesenteriumkontusion, Uteruskontusion, oberflächlicher Peniseinriss, tiefer Einriss Perineum / Vagina / Vulva, Scrotumabriss, retroperitoneales Hämatom ○ Oberflächlicher Einriss Gallengänge / Gallenblase / Peritoneum, tiefer Einriss Mesenterium / Penis, Uterus Abriss Ovar / Hoden / Mesenterium, Uterusruptur bis 1. Trimester, Magenruptur, Ovarruptur, Tubenruptur ○ Abriss Gallenblase / Gallenwege, Uterusruptur bei Schwangerschaft ab 2. Trimester ○ Torsodurchtrennung ○ K. A.
<p>LWS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ LWS-Distorsion ○ Fraktur / Luxation / Luxationsfraktur, Dorn- und Querfortsätze, Kompressionsfrakturen A1 ○ Discusprolaps mit Wurzelsymptomatik, Luxation / Fraktur A2, A3, B1 – 3, Plexus lumbosacralis Läsion, Wurzelläsion ○ Fraktur / Luxation / Luxationsfraktur C1 – C3 ○ Komplette Rückenmarksunterbrechung ○ K. A. 	<p>Untere Extremität</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Distorsion / Kontusion Tibia, Fibula, OSG, Fuß, Zehen, Frakturen / Luxationen Zehen ○ Gelenkeröffnung Knie, OSG, Rückfuß, Patella (ggfs. mit Sehnenruptur), Luxation Patella, Rückfuß, Mittelfuß, Fraktur Fibula, Tibia, OSG Luxationsfraktur, Fuß (G1 und G2, nicht disloziert), Amputation oder Trümmerung von Zehen, Muskel- / Sehnenabriß, Nervenverletzungen < 2 pro Extremität, Kreuzbandrupturen, Knieseitenbandrupturen, Fibulakontusionen mit Peroneusschaden ○ Massive Distorsion Kniegelenk, Amputation unterhalb Kniegelenk, Luxation Knie, OSG, Fraktur Tibia, Fibula (geschlossen oder offen, Trümmer-, Luxationsfrakturen), Ruptur Kreuz- oder Kollateralbänder, Knie, Patellar- oder Achillessehnenruptur, ABR OSG, Muskel- / Sehnenabriß mehrfach, Nervenverletzungen mindestens 2 pro Extremität ○ Amputation oberhalb Knie ○ K. A.
<p>Obere Extremität</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Distorsion / Kontusion ACG, SCG, Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Finger, Frakturen / Luxationen Finger ○ Gelenkeröffnung ACG, SCG, Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Luxation ACG, SCG, Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Fraktur alle Teile Scapula, Humerus, Ulna, Radius, Hand außer Finger (G1 und G2 nicht disloziert), Amputation / Trümmerung von Fingern, Bizepssehnenruptur distal, Bizepsmuskelruptur, Muskel- / Sehnenabriss, Nervenverletzungen < 2 pro Extremität ○ Massive Distorsion ACG, SCG, Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Amputation obere Extremitäten oberhalb / unterhalb Handgelenk / Ellbogen, Luxation Schulter / Ellbogen / Handgelenk, Fraktur Humerus, Radius, Ulna (offen, disloziert, Trümmer, Beteiligung Nervus radialis, Luxationsfrakturen), Einriss Arteria axillaris / brachialis, Muskel- / Sehnenabriss mehrfach, Nervenverletzungen mind. 2 pro Extremität ○ K. A. 	<p>Becken / Hüfte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hüftdistorsion ○ (Beckenringfrakturen Tile A), nicht dislozierte geschlossene Beckenfrakturen ○ (Beckenringfrakturen Tile B), Acetabulumfraktur, Hüftluxation, Pipkin, pertrochantäre Frakturen ○ (Beckenringfrakturen Tile C) ○ Hemipelvektomie ○ K. A.

Generell primäre Therapie	
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____
Mechanische Notfallstabilisierung im Schockraum Wurde eine mech. Notfallstabilisierung durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A. Maßnahmen <input type="checkbox"/> Tuchrolle <input type="checkbox"/> Fixateur externe im Schockraum <input type="checkbox"/> Beckengurt <input type="checkbox"/> Beckenzwinge <input type="checkbox"/> K. A. Dauer bis Abschluss der Notfallmaßnahme _____ min Einschätzung der Maßnahme <input type="radio"/> Effektiv <input type="radio"/> Ineffektiv <input type="radio"/> K. A.	Akutintervention Becken Akutintervention <input type="radio"/> Keine weitere Maßnahme <input type="radio"/> Nur Beckentamponade <input type="radio"/> Nur Embolisation <input type="radio"/> 1. Embolisation + 2. Beckentamponade <input type="radio"/> 1. Beckentamponade + 2. Embolisation <input type="radio"/> Weitergehende Maßnahmen (z.B. Laparotomie) _____ Dauer von Aufnahme bis Abschluss der Akutintervention _____ min Ergebnis der Akutintervention <input type="radio"/> Effektiv <input type="radio"/> Ineffektiv <input type="radio"/> K. A. Spezifikation _____

Beckenring Prä-OP	
Verletzungsmuster Becken	
Transsymphysär <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A. Transacetabulär <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> K. A. Transiliosakral <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> K. A.	Transpubisch <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> K. A. Transiliakal <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> K. A. Transsakral <input type="radio"/> Transalar <input type="radio"/> Transforaminal <input type="radio"/> Zentral <input type="radio"/> Quer <input type="radio"/> Ausbruch-Fraktur <input type="radio"/> K. A.

Beckenring Klassifikation	
Modifikatoren nach AO/OTA <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> A3 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> B3 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> C3 <input type="radio"/> AC iso <input type="radio"/> AC + Tile A/B <input type="radio"/> K. A.	FFP-Klassifikation <input type="radio"/> FFP Ia <input type="radio"/> FFP Ib <input type="radio"/> FFP IIa <input type="radio"/> FFP IIb <input type="radio"/> FFP IIc <input type="radio"/> FFP IIIa <input type="radio"/> FFP IIIb <input type="radio"/> FFP IIIc <input type="radio"/> FFP IVa <input type="radio"/> FFP IVb <input type="radio"/> FFP IVc <input type="radio"/> K.A.
Frakturtyp <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> K. A.	Fraktursubgruppe <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> K. A.
Frakturgruppe <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> K. A.	Frakturuntergruppe <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> K. A.
Modifikator A (ipsilaterale dorsale Verletzung) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> K. A.	
Modifikator B (contralaterale dorsale Verletzung) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> K. A.	Modifikator C (anteriore Verletzung) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> K. A.

Beckenring primäre Therapie	
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____
Wurde eine Notfalloperation beim Becken durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.	Maßnahme effektiv <input type="radio"/> Effektiv <input type="radio"/> Ineffektiv <input type="radio"/> K. A.
	Dauer bis Notfall-OP _____ min
Notfall-OP Becken im OP <input type="checkbox"/> Beckenzwinge <input type="checkbox"/> Fixateur externe <input type="checkbox"/> Perkutane Osteosynthese <input type="checkbox"/> Offene Osteosynthese <input type="checkbox"/> Andere oder kombinierte Maßnahmen _____ <input type="radio"/> K. A.	

Beckenring spezielle Therapie	
Symphysen Auf welcher Seite war die Symphysenstabilisierung? <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> K. A.	Os pubis Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Os pubis? <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> K. A.
Rechte Seite: Stabilisierung <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Platte nicht winkelstabil <input type="radio"/> Platte winkelstabil <input type="radio"/> Andere _____ <input type="radio"/> K. A. Operationsdatum ____ . ____ . ____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.	Rechte Seite: Stabilisierung <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Fixateur externe <input type="radio"/> Fixateur interne <input type="radio"/> Schrauben mit Navigation <input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation <input type="radio"/> Andere _____ Operationsdatum ____ . ____ . ____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.
Linke Seite: Stabilisierung <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Platte nicht winkelstabil <input type="radio"/> Platte winkelstabil <input type="radio"/> Andere _____ <input type="radio"/> K. A. Operationsdatum ____ . ____ . ____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.	Linke Seite: Stabilisierung <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Fixateur externe <input type="radio"/> Fixateur interne <input type="radio"/> Schrauben mit Navigation <input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation <input type="radio"/> Andere _____ Operationsdatum ____ . ____ . ____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.

Beckenring spezielle Therapie	
Pseudonymisierte ID: _____ Interne Bemerkung: _____	
Ilium	SI-Gelenk
Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Iliums?	Auf welcher Seite war die Stabilisierung des SI-Gelenks?
<input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> K. A.	<input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> K. A.
Rechte Seite: Stabilisierung <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Platte + Schraube <input type="radio"/> Schrauben mit Navigation <input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation <input type="radio"/> Andere _____ Operationsdatum ____:____:_____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.	Rechte Seite: Wurde eine Stabilisierung durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A. Wenn ja, welche Art der Stabilisierung <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> Ilioiliakale Platte <input type="checkbox"/> Andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ Operationsdatum ____:____:_____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.
Linke Seite: Stabilisierung <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Platte <input type="radio"/> Platte + Schraube <input type="radio"/> Schrauben mit Navigation <input type="radio"/> Schrauben ohne Navigation <input type="radio"/> Andere _____ Operationsdatum ____:____:_____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.	Linke Seite: Wurde eine Stabilisierung durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A. Wenn ja, welche Art der Stabilisierung <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> Ilioiliakale Platte <input type="checkbox"/> Andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ Operationsdatum ____:____:_____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.

Beckenring spezielle Therapie	
Pseudonymisierte ID: _____	Interne Bemerkung: _____
Sakrum	
Auf welcher Seite war die Stabilisierung des Sakrums? <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Beidseits <input type="radio"/> K. A.	
Rechte Seite: Wurde eine Stabilisierung durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A. Wenn ja, welche Art der Stabilisierung <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> Ilioiliakale Platte <input type="checkbox"/> Andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ Operationsdatum ____:____:_____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.	Linke Seite: Wurde eine Stabilisierung durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A. Wenn ja, welche Art der Stabilisierung <input type="checkbox"/> ORIF + ventrale Platte <input type="checkbox"/> ORIF + SI-Verschraubung <input type="checkbox"/> ORIF + spinopelviner Fixateur <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben mit Navigation <input type="checkbox"/> GRIF + perkutane Schrauben ohne Navigation <input type="checkbox"/> Ilioiliakale Platte <input type="checkbox"/> Andere Zusatzmaßnahmen (z.B. Augmentation, transsakrale Fixierung) _____ Operationsdatum ____:____:_____ Osteosynthesekomplikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.
Vorderer Beckenring: maximal verbliebene Stufe / Spalte / Dislokation postoperativ Beckenring ventral _____ mm	Hinterer Beckenring: maximal verbliebene Stufe / Spalte / Dislokation postoperativ Beckenring dorsal _____ mm

Acetabulum Prä-OP	
Pfannendachbogen ap <input type="radio"/> > 40° <input type="radio"/> ≤ 40° <input type="radio"/> K. A.	Frakturstufe ap _____ mm Frakturspalt ap _____ mm
Trümmerzone ap <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> > 50% <input type="radio"/> ≤ 50% <input type="radio"/> K. A.	Reposition dorsale Luxation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.
Reposition nach Trauma (Dauer) _____ Std.	

Acetabulum Klassifikation	
Letournel links <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Hintere Wand <input type="radio"/> Hinterer Pfeiler <input type="radio"/> Vordere Wand <input type="radio"/> Vorderer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur <input type="radio"/> Hintere Wand + hinterer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur + hintere Wand <input type="radio"/> T-Fraktur <input type="radio"/> Vorderer Pfeiler + hintere hemiquere Fraktur <input type="radio"/> Zwei-Pfeiler-Fraktur <input type="radio"/> Nicht klassifizierbar <input type="radio"/> K. A.	Letournel rechts <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Hintere Wand <input type="radio"/> Hinterer Pfeiler <input type="radio"/> Vordere Wand <input type="radio"/> Vorderer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur <input type="radio"/> Hintere Wand + hinterer Pfeiler <input type="radio"/> Querfraktur + hintere Wand <input type="radio"/> T-Fraktur <input type="radio"/> Vorderer Pfeiler + hintere hemiquere Fraktur <input type="radio"/> Zwei-Pfeiler-Fraktur <input type="radio"/> Nicht klassifizierbar <input type="radio"/> K. A.

Acetabulum spezielle Therapie

Pseudonymisierte ID: _____

Interne Bemerkung: _____

Operation

-
- Ja
-
- Nein
-
- Unbekannt
-
- K. A.

Operationsziel

-
- Anatomische Rekonstruktion + Stabilisierung
-
-
- Stabilisierung + Hüft-TEP
-
-
- Hüft-TEP ohne Stabilisierung
-
-
- K. A.

Spezifizierung _____

Operationsdatum der Stabilisierung

____.____.____

Osteosynthesekomplikation

-
- Ja
-
- Nein
-
- Unbekannt
-
- K. A.

Spezifizierung _____

Zugänge erste Operation

-
- Kocher-Langenbeck
-
-
- Ilioinguinal
-
-
- Paracetus
-
-
- Ventral + dorsal einzeitig
-
-
- Ventral + dorsal zweizeitig (genauer spezifizieren)
-
-
- Stoppa
-
-
- Stoppa mit lateralem Fenster
-
-
- Perkutan
-
-
- Anderer zweiter Zugang _____

Operationsdauer _____ min

Blutverlust _____ ml

Hüftkopfschaden

-
- Keiner
-
- Nicht erhoben
-
- Kontusion
-
-
- Impression
-
- Pipkin
-
- Kombi

AC-Schaden

-
- Keiner
-
- Nicht erhoben
-
- Kontusion
-
-
- Impression
-
- Kombination

Intraartikuläre Fragmente

-
- Keine
-
- Im Gelenkspalt
-
-
- Fossa acetabuli
-
- Kombinationen
-
-
- Andere

Acetabulum Post-OP**Prophylaxe heterotope Ossifikationen**

-
- Keine
-
- NSAR
-
- Radiatio
-
-
- NSAR + Radiatio
-
- K. A.

Frakturstufe ap _____ mm

Frakturspalt ap _____ mm

Subluxation _____ mm

Postoperative Kongruenz ap

-
- Parallel (kongruent)
-
-
- Nicht parallel (nicht kongruent)

Kinder**Sono durchgeführt**

-
- Ja
-
- Nein
-
- Unbekannt
-
- K. A.

MRT durchgeführt

-
- Ja
-
- Nein
-
- Unbekannt
-
- K. A.

MRT 6-Monatskontrolle durchgeführt

-
- Ja
-
- Nein
-
- Unbekannt
-
- K. A.

Klartext

Osteoporose									
Pseudonymisierte ID: _____ Interne Bemerkung: _____									
Osteoporose									
<p>Osteoporose bekannt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.</p> <p>Ursache _____</p> <p>Osteoporosetherapie vor Frakturereignis? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.</p> <p>Falls ja, bitte spezifizieren:</p> <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> spezifische Osteoporosemedikation: _____	<p>DEXA-Messung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Wo wurde die Messung durchgeführt?</th> <th style="text-align: left;">T-Wert</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wirbelsäule</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schenkelhals</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Andere _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Wo wurde die Messung durchgeführt?	T-Wert	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	_____	<input type="checkbox"/> Schenkelhals	_____	<input type="checkbox"/> Andere _____	_____
Wo wurde die Messung durchgeführt?	T-Wert								
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	_____								
<input type="checkbox"/> Schenkelhals	_____								
<input type="checkbox"/> Andere _____	_____								

Neurologie, Verlauf, Entlassung																			
Pseudonymisierte ID: _____ Interne Bemerkung: _____																			
<p>Gab es Komplikationen während des stationären Aufenthaltes? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> K. A.</p> <p>Wenn ja welche?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Thrombose</td> <td><input type="checkbox"/> Infekt tief</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Embolie</td> <td><input type="checkbox"/> Blutung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ARDS</td> <td><input type="checkbox"/> Hämatom</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MOV</td> <td><input type="checkbox"/> Serom</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neurologie</td> <td><input type="checkbox"/> Sekundäre Dislokation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infekt oberflächlich</td> <td><input type="checkbox"/> Andere _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Infekt tief	<input type="checkbox"/> Embolie	<input type="checkbox"/> Blutung	<input type="checkbox"/> ARDS	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> MOV	<input type="checkbox"/> Serom	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Sekundäre Dislokation	<input type="checkbox"/> Infekt oberflächlich	<input type="checkbox"/> Andere _____	<p>Entlassungsdatum ____ . ____ . ____</p> <p>Entlassung aus dem Krankenhaus nach</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="radio"/> Zu Hause</td> <td><input type="radio"/> Pflegeheim</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Rehabilitationsklinik</td> <td><input type="radio"/> Verstorben</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Andere</td> <td><input type="radio"/> K. A.</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Zu Hause	<input type="radio"/> Pflegeheim	<input type="radio"/> Rehabilitationsklinik	<input type="radio"/> Verstorben	<input type="radio"/> Andere	<input type="radio"/> K. A.
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Infekt tief																		
<input type="checkbox"/> Embolie	<input type="checkbox"/> Blutung																		
<input type="checkbox"/> ARDS	<input type="checkbox"/> Hämatom																		
<input type="checkbox"/> MOV	<input type="checkbox"/> Serom																		
<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Sekundäre Dislokation																		
<input type="checkbox"/> Infekt oberflächlich	<input type="checkbox"/> Andere _____																		
<input type="radio"/> Zu Hause	<input type="radio"/> Pflegeheim																		
<input type="radio"/> Rehabilitationsklinik	<input type="radio"/> Verstorben																		
<input type="radio"/> Andere	<input type="radio"/> K. A.																		
<p>Osteosynthesekomplikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Infekt <input type="radio"/> Nervenschaden iatrogen <input type="radio"/> Intraoperative Blutung <input type="radio"/> Implantatfehlage ohne Reosteosynthese <input type="radio"/> Implantatfehlage mit Reosteosynthese <input type="radio"/> Implantatlockerung <input type="radio"/> Andere _____ 	<p>Ist die Todesursache bekannt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> K. A.</p> <p>Todesursache</p> <input type="checkbox"/> SHT <input type="checkbox"/> Verblutung <input type="checkbox"/> Sepsis / MOV <input type="checkbox"/> Andere _____ <p>Todesursache Verblutung</p> <input type="checkbox"/> Becken <input type="checkbox"/> Andere _____																		

Legende: Mehrfachauswahlfelder
 Einfachauswahlfelder