



S: Stammdaten

Patienten-Code: _____ Interne Bemerkung: _____

<p>Patientenalter am Unfalltag</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Geburtsdatum unbekannt <input type="radio"/></p> <p>geschätztes Alter _____ Jahre</p>	<p>Gesundheitszustand vor Unfall</p> <p><u>ASA vor Unfall</u></p> <p><input type="radio"/> 1 – gesund</p> <p><input type="radio"/> 2 – leichte Einschränkungen</p> <p><input type="radio"/> 3 – schwere systemische Erkrankung</p> <p><input type="radio"/> 4 – lebensbedrohliche Allgemeinerkrankung</p> <p><u>Antikoagulation?</u> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Thrombozytenaggregationshemmer <input type="radio"/> NOAK</p> <p><input type="radio"/> Vitamin K-Antagonisten <input type="radio"/> Heparine und andere</p>
<p>Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich</p> <p>Wenn weiblich, bestand eine Schwangerschaft?</p> <p><input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<p>Unfallart</p> <p><u>Verkehr</u></p> <p><input type="radio"/> PKW-/LKW-Insasse <input type="radio"/> über 3 m Höhe</p> <p><input type="radio"/> Motorradfahrer <input type="radio"/> unter 3 m Höhe</p> <p><input type="radio"/> Fahrradfahrer</p> <p><input type="radio"/> Fußgänger angefahren</p> <p><input type="radio"/> Andere (Zug, Schiff, ...) _____</p> <p><u>Sonstige</u></p> <p><input type="radio"/> Schlag (Gegenstand, Ast, ...)</p> <p><input type="radio"/> Schuss</p> <p><input type="radio"/> Stich</p> <p><input type="radio"/> Andere (Explosion, Verpuffung, ...) _____</p>
<p>Unfall-Anamnese</p> <p><u>Unfallzeitpunkt</u> Datum _____ . ____ . 20 _____</p> <p>Uhrzeit _____ : ____ Uhr</p> <p><u>Ursache</u></p> <p><input type="radio"/> Unfall</p> <p><input type="radio"/> Verdacht auf Gewaltverbrechen</p> <p><input type="radio"/> Verdacht auf Suizid</p> <p><u>Unfallmechanismus</u></p> <p><input type="radio"/> stumpf</p> <p><input type="radio"/> penetrierend</p>	<p>Zuverlegt</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (bitte Klinik angeben) _____</p>

A: Präklinik

<p>Rettungszeiten Alarmierung _____ : ____ Uhr</p> <p>Ankunft Notarzt (NA) Unfallstelle _____ : ____ Uhr</p> <p>Abfahrt Unfallstelle _____ : ____ Uhr</p> <p>Transport: <input type="radio"/> bodengebunden mit NA <input type="radio"/> bodengebunden ohne NA</p> <p><input type="radio"/> RTH <input type="radio"/> privat / selbst</p>	<p>Verletzungen</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>keine</th> <th>leicht</th> <th>mittel</th> <th>schwer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Schädel-Hirn</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Gesicht</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Thorax</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Abdomen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Wirbelsäule</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Becken</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Obere Extremitäten</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Untere Extremitäten</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Weichteile</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table>		keine	leicht	mittel	schwer	Schädel-Hirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Untere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weichteile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	keine	leicht	mittel	schwer																																															
Schädel-Hirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
Obere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
Untere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
Weichteile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																															
<p>Vitalzeichen</p> <p>Blutdruck (systolisch) _____ mmHg</p> <p>Puls _____ /min</p> <p>Atemfrequenz (spontan) _____ /min</p> <p>Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____ %</p> <p>Kapnometrie durchgeführt? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<p>Volumengabe</p> <p>Kristalloide _____ ml</p> <p>Kolloide _____ ml</p>																																																		
<p>Glasgow Coma Scale</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Augenöffnen</u></th> <th><u>Verbale Antwort</u></th> <th><u>Motorische Antwort</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>spontan (4)</td> <td>orientiert (5)</td> <td>Aufforderung (6)</td> </tr> <tr> <td>auf Aufforderung (3)</td> <td>verwirrt (4)</td> <td>gezielt (Schmerz) (5)</td> </tr> <tr> <td>auf Schmerzreiz (2)</td> <td>inadäquat (3)</td> <td>ungezielt (Schmerz) (4)</td> </tr> <tr> <td>keine (1)</td> <td>unverständlich (2)</td> <td>Beugekrämpfe (3)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>keine (1)</td> <td>Streckkrämpfe (2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>keine (1)</td> </tr> </tbody> </table> <p>_____ + _____ + _____</p> <p>GCS-Wert _____</p>	<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	<u>Motorische Antwort</u>	spontan (4)	orientiert (5)	Aufforderung (6)	auf Aufforderung (3)	verwirrt (4)	gezielt (Schmerz) (5)	auf Schmerzreiz (2)	inadäquat (3)	ungezielt (Schmerz) (4)	keine (1)	unverständlich (2)	Beugekrämpfe (3)		keine (1)	Streckkrämpfe (2)			keine (1)	<p>Therapie</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nein</th> <th>ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Endotracheale Intubation</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Alternative Atemwegssicherung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Analgesiedierung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzdruckmassage</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Katecholamine</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Thoraxdrainage</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Tranexamsäure</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Beckengurt</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table>		nein	ja	Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alternative Atemwegssicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Analgesiedierung	<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"/>	Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	<u>Motorische Antwort</u>																																																	
spontan (4)	orientiert (5)	Aufforderung (6)																																																	
auf Aufforderung (3)	verwirrt (4)	gezielt (Schmerz) (5)																																																	
auf Schmerzreiz (2)	inadäquat (3)	ungezielt (Schmerz) (4)																																																	
keine (1)	unverständlich (2)	Beugekrämpfe (3)																																																	
	keine (1)	Streckkrämpfe (2)																																																	
		keine (1)																																																	
	nein	ja																																																	
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																	
Alternative Atemwegssicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																	
Analgesiedierung	<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"/>																																																	
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																	
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																	
<p>Pupillenweite</p> <p>normal (0)</p> <p>Anisokorie (1)</p> <p>beidseits weit (2)</p>	<p>Lichtreaktion</p> <p>spontan (0)</p> <p>verzögert (1)</p> <p>lichtstarr (3)</p>																																																		
<p>NACA-Index (I) (II) (III) (IV) (V) (VI) (VII)</p>																																																			



B1: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: _____

<p>Aufnahme</p> <p>Datum _____._____.20_____. Uhrzeit ____:____ Uhr</p> <p>Vitalzeichen</p> <p>Blutdruck (systolisch) _____ mmHg</p> <p>Puls _____ /min</p> <p>Atemfrequenz (spontan) _____ /min</p> <p>Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____ %</p> <p>Temperatur _____ °C</p> <p>Atmung</p> <p>Bereits bei Ankunft beatmet? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><u>Wenn ja:</u></p> <p>FiO₂ _____ %</p> <p>PaO₂ _____ mmHg oder kPa*</p> <p>Glasgow Coma Scale</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Augenöffnen</u></td> <td><u>Verbale Antwort</u></td> <td><u>Motorische Antwort</u></td> </tr> <tr> <td>spontan</td> <td>(4) orientiert</td> <td>(5) Aufforderung</td> </tr> <tr> <td>auf Aufforderung</td> <td>(3) verwirrt</td> <td>(4) gezielt (Schmerz)</td> </tr> <tr> <td>auf Schmerzreiz</td> <td>(2) inadäquat</td> <td>(3) ungezielt (Schmerz)</td> </tr> <tr> <td>keine</td> <td>(1) unverständlich</td> <td>(2) Beugekrämpfe</td> </tr> <tr> <td></td> <td>keine</td> <td>(1) Streckkrämpfe</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>keine</td> </tr> </table> <p>_____ + _____ + _____</p> <p>GCS-Wert _____</p> <p>Pupillenweite</p> <table border="0"> <tr> <td>normal</td> <td>(0)</td> <td>spontan</td> <td>(0)</td> </tr> <tr> <td>Anisokorie</td> <td>(1)</td> <td>verzögert</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>beidseits weit</td> <td>(2)</td> <td>lichtstarr</td> <td>(3)</td> </tr> </table> <p>Labor</p> <p>Hämoglobin _____ g/dl oder mmol/l*</p> <p>Thrombozytenzahl _____ /µl oder gpt/l*</p> <p>TPZ (Quick) _____ %</p> <p>PTT _____ sek</p> <p>INR _____ [ohne Einheit]</p> <p>Base Excess (-/+) _____ mmol/l</p> <p>Ca (ionisiert) _____ mmol/l oder mg/dl*</p> <p>Ethanol (Plasma) _____ µmol/l oder mg/dl*</p> <p>Fibrinogen _____ µmol/l oder g/dl*</p>	<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	<u>Motorische Antwort</u>	spontan	(4) orientiert	(5) Aufforderung	auf Aufforderung	(3) verwirrt	(4) gezielt (Schmerz)	auf Schmerzreiz	(2) inadäquat	(3) ungezielt (Schmerz)	keine	(1) unverständlich	(2) Beugekrämpfe		keine	(1) Streckkrämpfe			keine	normal	(0)	spontan	(0)	Anisokorie	(1)	verzögert	(1)	beidseits weit	(2)	lichtstarr	(3)	<p>Diagnostik</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>nein</td> <td>ja</td> <td>Uhrzeit</td> </tr> <tr> <td>Sono Abdomen (FAST)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Freie Flüssigkeit bei Sono Abdomen?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Röntgen Thorax</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Röntgen Becken</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Röntgen Wirbelsäule</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>cCT (isoliert)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Ganzkörper-CT (inkl. cCT)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>MRT</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>ROTEM®</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>EXTEM-CT</td> <td></td> <td></td> <td>_____ sek</td> </tr> <tr> <td>EXTEM-MCF</td> <td></td> <td></td> <td>_____ mm</td> </tr> <tr> <td>FIBTEM-A10</td> <td></td> <td></td> <td>_____ mm</td> </tr> </table> <p>Wurde Teleradiologie genutzt? nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/></p> <p>Volumengabe</p> <p>Kristalloide _____ ml</p> <p>Kolloide _____ ml</p> <p>Therapie Schockraum</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>nein</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Endotracheale Intubation</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Herzdruckmassage</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Katecholamine (Erst-/Weitergabe)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Thoraxdrainage</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Beckengurt</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Operative Notfalleingriffe bis Aufnahme ICU / IMC</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>nein</td> <td>ja</td> <td>Schnittzeit</td> </tr> <tr> <td>Operative Hirndruckentlastung</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Laminektomie</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Thorakotomie</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Laparotomie</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Revaskularisation</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Embolisation</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung Becken</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> <tr> <td>Stabilisierung Extremitäten</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>____:____ Uhr</td> </tr> </table>		nein	ja	Uhrzeit	Sono Abdomen (FAST)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Freie Flüssigkeit bei Sono Abdomen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Röntgen Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Röntgen Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Röntgen Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	cCT (isoliert)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Ganzkörper-CT (inkl. cCT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	MRT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	ROTEM®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	EXTEM-CT			_____ sek	EXTEM-MCF			_____ mm	FIBTEM-A10			_____ mm		nein	ja	Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Katecholamine (Erst-/Weitergabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thoraxdrainage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		nein	ja	Schnittzeit	Operative Hirndruckentlastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Laminektomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Laparotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Revaskularisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Embolisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Stabilisierung Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	Stabilisierung Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	<u>Motorische Antwort</u>																																																																																																																																										
spontan	(4) orientiert	(5) Aufforderung																																																																																																																																										
auf Aufforderung	(3) verwirrt	(4) gezielt (Schmerz)																																																																																																																																										
auf Schmerzreiz	(2) inadäquat	(3) ungezielt (Schmerz)																																																																																																																																										
keine	(1) unverständlich	(2) Beugekrämpfe																																																																																																																																										
	keine	(1) Streckkrämpfe																																																																																																																																										
		keine																																																																																																																																										
normal	(0)	spontan	(0)																																																																																																																																									
Anisokorie	(1)	verzögert	(1)																																																																																																																																									
beidseits weit	(2)	lichtstarr	(3)																																																																																																																																									
	nein	ja	Uhrzeit																																																																																																																																									
Sono Abdomen (FAST)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Freie Flüssigkeit bei Sono Abdomen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																										
Röntgen Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Röntgen Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Röntgen Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
cCT (isoliert)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Ganzkörper-CT (inkl. cCT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
MRT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
ROTEM®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
EXTEM-CT			_____ sek																																																																																																																																									
EXTEM-MCF			_____ mm																																																																																																																																									
FIBTEM-A10			_____ mm																																																																																																																																									
	nein	ja																																																																																																																																										
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																										
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																										
Katecholamine (Erst-/Weitergabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																										
Thoraxdrainage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																										
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																										
	nein	ja	Schnittzeit																																																																																																																																									
Operative Hirndruckentlastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Laminektomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Laparotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Revaskularisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Embolisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Stabilisierung Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									
Stabilisierung Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr																																																																																																																																									

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (diese können in der Online-Eingabe vom TR-Klinikadministrator unter „Festlegung Einheiten“ ausgewählt werden)



B2: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: _____

Hämostase-Therapie

Zeit erste EK-Gabe

Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten _____:_____ Uhr
 Frischplasma (FPP) _____ Einheiten oder ml*
 Thrombozytenkonzentrat _____ Einheiten

Weiterversorgung

Weiterverlegung Uhrzeit: _____:_____ Uhr

- OP
- ICU/IMC
- Tod im Schockraum
- anderes Krankenhaus
- Sonstiges _____

Medikamentöse Gerinnungstherapie

nein ja

Zeitpunkt Beginn:

Tranexamsäure nein ja _____:_____ Uhr
 Fibrinogen nein ja
 PPSB nein ja
 Kalzium nein ja
 Faktor XIII nein ja

C: Intensivstation

Aufnahme

Datum: _____, 20____ Uhrzeit: _____:_____ Uhr

Aufenthaltsdauer/ Beatmungstherapie

nein ja Dauer in Stunden oder Tagen*

Intensivtherapie (ohne IMC) nein ja _____

Mechanische Beatmung nein ja _____

Labor / Vitalwerte

Hämoglobin _____ g/dl oder mmol/l*
 Thrombozytenzahl _____ /µl oder gpt/l*
 TPZ (Quick) _____ %
 PTT _____ sek
 INR _____ [ohne Einheit]
 Base Excess (-/+) _____ mmol/l
 Ca (ionisiert) _____ mmol/l oder mg/dl*
 Ethanol (Plasma) _____ µmol/l oder mg/dl*
 Fibrinogen _____ µmol/l oder g/dl*
 Temperatur _____ °C

Therapie

nein ja

Nierenersatzverfahren nein ja

ECMO (Extrakorporaler Lungensupport) nein ja

Organversagen (SOFA-Score > 2)

nein ja

Atmung nein ja

Koagulation nein ja

Leber nein ja

Herz-Kreislauf nein ja

ZNS nein ja

Niere nein ja

MOV nein ja

Sepsis nein ja

Wenn ja: Fokus

- Katheter
- Lunge
- Wunden
- Urosepsis
- Abdomen
- Andere _____

ROTEM®

EXTEM-CT _____ sek
 EXTEM-MCF _____ mm
 FIBTEM-A10 _____ mm

Hämostase-Therapie

(innerhalb der ersten 48 Stunden nach Aufnahme auf die ICU)

Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten

Frischplasma (FPP) _____ Einheiten oder ml*

Medikamentöse Gerinnungstherapie

nein ja

Tranexamsäure nein ja
 Fibrinogen nein ja
 PPSB nein ja
 Kalzium nein ja
 Faktor XIII nein ja

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (diese können in der Online-Eingabe vom TR-Klinikadministrator unter „Festlegung Einheiten“ ausgewählt werden)



D1: Abschluss

Patienten-Code: _____

Entlassungs-/Todesdatum

Datum _____, 20_____

Uhrzeit _____:____ Uhr

(Pflicht bei Weiterverlegung innerhalb 48 Stunden)

Outcome

- gut erholt mäßig behindert
 schwer behindert nicht ansprechbar
 tot

Entlassung/Verlegung

- Entlassung nach Hause
 Verlegung in Reha-Klinik
 Verlegung in ein anderes Krankenhaus (siehe unten)
 Sonstige
 Tod
 Therapiebegrenzender Patientenwille nein ja

Todesursache

- SHT Hämorrhagie Organversagen Sonstige

Klinikrelevante thromboembolische Ereignisse?

- keine
 Lungenembolie Tiefe Beinvenenthrombose
 Apoplex Herzinfarkt
 Andere thromboembolische Ereignisse

Wenn ja:

Bestand Thromboseprophylaxe? nein ja

Verlegung in anderes Krankenhaus

- nein
 ja (bitte Klinik angeben) _____

D2: Diagnosen

Verletzung: _____

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

AIS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja

OPS 301 _____ Datum _____, 20_____

1. _____

2. _____

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

AIS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja

OPS 301 _____ Datum _____, 20_____

1. _____

2. _____

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

AIS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja

OPS 301 _____ Datum _____, 20_____

1. _____

2. _____

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____



D3: Diagnosen

Patienten-Code: _____

Verletzung: _____ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

ALS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja OPS 301 Datum _____

1. _____ -20

2. _____ -20

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

ALS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja OPS 301 Datum _____

1. _____ -20

2. _____ -20

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

ALS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja OPS 301 Datum _____

1. _____ -20

2. _____ -20

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

ALS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja OPS 301 Datum _____

1. _____ -20

2. _____ -20

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

ALS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja OPS 301 Datum _____

1. _____ -20

2. _____ -20

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

ALS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: Wurden OPs durchgeführt? nein ja OPS 301 Datum _____

1. _____ -20

2. _____ -20

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Um weitere Diagnosen schriftlich festhalten zu können, kopieren Sie bitte diese Seite in benötigter Anzahl.