



S: Stammdaten

Patienten-Code: _____

Interne Bemerkung: _____

Patientenalter am Unfalltag

Geburtsdatum _____

Geburtsdatum unbekannt

geschätztes Alter _____ Jahre

Geschlecht

männlich weiblich

Wenn weiblich, bestand eine Schwangerschaft?

unbekannt nein ja

Unfall-Anamnese

Unfallzeitpunkt Datum _____ . _____ . 20 _____

Uhrzeit _____ : _____ Uhr

Ursache

Unfall

Verdacht auf Gewaltverbrechen

Verdacht auf Suizid

Unfallmechanismus

stumpf

penetrierend

Zuverlegt

nein ja (bitte Klinik angeben) _____

Gesundheitszustand vor Unfall

ASA vor Unfall

1 – gesund

2 – leichte Einschränkungen

3 – schwere systemische Erkrankung

4 – lebensbedrohliche Allgemeinerkrankung

Antikoagulation? unbekannt nein ja

Wenn ja, welche?

Thrombozytenaggregationshemmer NOAK

Vitamin K-Antagonisten Heparine und andere

Unfallart

Verkehr

PKW-/LKW-Insasse

Motorradfahrer

Fahrradfahrer

Fußgänger angefahren

Andere (Zug, Schiff, ...) _____

Sturz

über 3 m Höhe

unter 3 m Höhe

Sonstige

Schlag (Gegenstand, Ast, ...)

Schuss

Stich

Andere (Explosion, Verpuffung, ...) _____

A: Präklinik

Rettungszeiten Alarmierung

_____ : _____ Uhr

Ankunft Notarzt (NA) Unfallstelle _____ : _____ Uhr

Abfahrt Unfallstelle _____ : _____ Uhr

Transport: bodengebunden mit NA bodengebunden ohne NA

RTH privat / selbst

Vitalzeichen

Blutdruck (systolisch) _____ mmHg

Puls _____ /min

Atemfrequenz (spontan) _____ /min

Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____ %

Kapnometrie durchgeführt? nein ja

Glasgow Coma Scale

Augenöffnen

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)

Verbale Antwort

Motorische Antwort

_____ + _____ + _____

GCS-Wert _____

Pupillenweite

normal	(0)	spontan	(0)
Anisokorie	(1)	verzögert	(1)
beidseits weit	(2)	lichtstarr	(3)

Lichtreaktion

Verletzungen

	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"/>

Volumengabe

Kristalloide _____ ml

Kolloide _____ ml

Therapie

	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"/>

NACA-Index (I) (II) (III) (IV) (V) (VI) (VII)



B1: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: _____

Aufnahme Datum ____ . ____ .20 ____ Uhrzeit ____ : ____ Uhr		Diagnostik		nein	ja	Uhrzeit																					
Vitalzeichen Blutdruck (systolisch) _____ mmHg Puls _____ /min Atemfrequenz (spontan) _____ /min Sauerstoffsättigung (SpO ₂) _____ % Temperatur _____ °C		Sono Abdomen (FAST) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ Uhr Freie Flüssigkeit bei Sono Abdomen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja																									
Atmung Bereits bei Ankunft beatmet? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <u>Wenn ja:</u> FiO ₂ _____ % oder Dezimalwert* PaO ₂ _____ mmHg oder kPa*		Röntgen Thorax _____ : ____ Uhr Röntgen Becken _____ : ____ Uhr Röntgen Wirbelsäule _____ : ____ Uhr cCT (isoliert) _____ : ____ Uhr Ganzkörper-CT (inkl. cCT) _____ : ____ Uhr MRT _____ : ____ Uhr ROTEM® _____ : ____ Uhr EXTEM-CT _____ sek EXTEM-MCF _____ mm FIBTEM-A10 _____ mm																									
Glasgow Coma Scale <table border="0"> <tr> <th>Augenöffnen</th> <th>Verbale Antwort</th> <th>Motorische Antwort</th> </tr> <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> </table> _____ + _____ + _____ GCS-Wert _____		Augenöffnen	Verbale Antwort	Motorische Antwort	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)	Wurde Teleradiologie genutzt? nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>				
Augenöffnen	Verbale Antwort	Motorische Antwort																									
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)																									
Pupillenweite normal (0) Anisokorie (1) beidseits weit (2)		Lichtreaktion spontan (0) verzögert (1) lichtstarr (3)																									
Labor 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*		Therapie Schockraum		nein	ja																						
		Endotracheale Intubation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herzdruckmassage <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Katecholamine (Erst-/Weitergabe) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Thoraxdrainage <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Beckengurt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja																									
		Operative Notfalleingriffe bis Aufnahme ICU / IMC		nein	ja	Schnittzeit																					
		Operative Hirndruckentlastung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ Uhr Laminektomie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ Uhr Thorakotomie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ Uhr Laparotomie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ Uhr Revaskularisation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ Uhr Embolisation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ Uhr Stabilisierung Becken <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ Uhr Stabilisierung Extremitäten <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ : ____ 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 oder ml*

Weiterversorgung

Weiterverlegung Uhrzeit: _____:_____ Uhr

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

Medikamentöse Gerinnungstherapie

nein ja

Zeitpunkt Beginn:

Tranexamsäure _____:_____ Uhr
 Fibrinogen
 PPSB
 Kalzium
 Faktor XIII

C: Intensivstation

Aufnahme

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

Aufenthaltsdauer/ Beatmungstherapie

nein ja Dauer in Stunden oder Tagen*

Intensivtherapie (ohne IMC) _____
 Mechanische Beatmung _____

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
 ECMO (Extrakorporaler Lungensupport)

Organversagen (SOFA-Score > 2)

nein ja

Atmung
 Koagulation
 Leber
 Herz-Kreislauf
 ZNS
 Niere

MOV

Sepsis

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
 Fibrinogen
 PPSB
 Kalzium
 Faktor XIII

* 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: _____

AIS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja

Operationen

1. _____

2. _____

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

OPS 301 Datum

_____ . _____ .20_____

_____ . _____ .20_____

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____

AIS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja

Operationen:

1. _____

2. _____

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

OPS 301 Datum

_____ . _____ .20_____

_____ . _____ .20_____

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____

AIS-Code: _____ Fraktur offen? nein ja

Operationen:

1. _____

2. _____

Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? nein ja

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

OPS 301 Datum

_____ . _____ .20_____

_____ . _____ .20_____

Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____



D3: Diagnosen

Patienten-Code: _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Fraktur offen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen:	OPS 301 Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Fraktur offen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen:	OPS 301 Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Fraktur offen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen:	OPS 301 Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Fraktur offen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen:	OPS 301 Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Fraktur offen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen:	OPS 301 Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Fraktur offen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen:	OPS 301 Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

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