

# Muster - Dokumentationsbogen Schlaganfall Berlin 2011

Berliner Schlaganfallregister



Basis	
Zentrums - Nr.	_____
<b>Patientenidentifikation</b>	
_____	
<b>Aufnahmedatum Krankenhaus</b>	
TT.MM.JJJJ _____	
<b>Geburtsdatum</b>	
TT.MM.JJJJ _____	
<b>Geschlecht</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	
<b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b>	
unabhängig zu Hause	<input type="checkbox"/>
Pflege zu Hause	<input type="checkbox"/>
Pflege in Institution	<input type="checkbox"/>
<b>Transport in behandelndes Krankenhaus</b>	
Notarztwagen	<input type="checkbox"/>
Rettungswagen	<input type="checkbox"/>
Selbst	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (z.B. int. Verlegung)	<input type="checkbox"/>
<b>Veranlassung der Krankenhauseinweisung</b>	
Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/>
Stationär vorbehandelt	<input type="checkbox"/>
Selbst	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>
<b>Aufnahmestation im Krankenhaus</b>	
Stroke Unit	<input type="checkbox"/>
Intensivstation	<input type="checkbox"/>
Normalstation	<input type="checkbox"/>
sonstige Station	<input type="checkbox"/>
<b>Aufenthalt auf Stroke Unit</b>	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- wenn Aufenthalt auf Stroke Unit	
Aufnahmedatum Stroke Unit	
TT.MM.JJJJ _____	
Entlassdatum Stroke Unit	
TT.MM.JJJJ _____	
Anamnese / Diagnostik	
<b>Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme:</b>	
≤ 1 h	<input type="checkbox"/>
1 - 2 h	<input type="checkbox"/>
2 - 3 h	<input type="checkbox"/>
3 - 3.5 h	<input type="checkbox"/>
3.5 - 4 h	<input type="checkbox"/>
4 - 6 h	<input type="checkbox"/>
6 - 24 h	<input type="checkbox"/>
24 - 48 h	<input type="checkbox"/>
> 48 h	<input type="checkbox"/>
unbekannt	<input type="checkbox"/>

<b>Symptome bei Aufnahme:</b>	ja	nein	nicht bestimmbar
<u>Motorische Ausfälle</u> (obere od. untere Extremität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Bewusstsein</u>			
wach		<input type="checkbox"/>	
somolent / stuporös		<input type="checkbox"/>	
komatös		<input type="checkbox"/>	
<b>Dauer der Symptomatik:</b>			
< 1 h		<input type="checkbox"/>	
1 - 24 h		<input type="checkbox"/>	
> 24 h		<input type="checkbox"/>	
<b>ICD-10 Diagnose akutes Ereignis:</b> _____			
<b>Ätiologie Hirninfarkt (Toast-Kriterien)</b>			
kein Hirninfarkt		<input type="checkbox"/>	
Large artery atherosclerosis		<input type="checkbox"/>	
Cardioembolism		<input type="checkbox"/>	
Small artery occlusion		<input type="checkbox"/>	
Other cause		<input type="checkbox"/>	
Undefined cause		<input type="checkbox"/>	
Concurrent aetiology		<input type="checkbox"/>	
<b>Komorbidität:</b>	ja		nein
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Früherer Schlaganfall	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Rankin Skala:</b>	≤ 24 h nach Aufnahme		Bei Entlassung
keine Symptome	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
keine wesentl. Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
geringe Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
mässige Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
mittelschwere Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
schwere Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tod	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Barthel-Index:</b>	≤ 24 h nach Aufnahme		Bei Entlassung
<u>Blasenkontrolle</u>			
kontinent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
gelegentlicher Verlust	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
inkontinent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<u>Lagewechsel Bett/Stuhl</u>			
vollständig selbständig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
grosse Unterstützung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
vollständig abhängig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<u>Fortbewegung</u>			
vollständig selbständig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
grosse Unterstützung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
vollständig abhängig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



<b>NIH Stroke Scale bei Aufnahme:</b> ___ ___			
<b>Diagnostik</b>			
	ja	nein	
CCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frische Läsion in Bildgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Zeitintervall Aufnahme bis erste Bildgebung</u>			
≤ 30 min		<input type="checkbox"/>	
30 - 60 min		<input type="checkbox"/>	
1 - 3 h		<input type="checkbox"/>	
3 - 6 h		<input type="checkbox"/>	
> 6 h		<input type="checkbox"/>	
Bildgebung vor Aufnahme erfolgt		<input type="checkbox"/>	
keine Bildgebung		<input type="checkbox"/>	
Schlucktest nach Protokoll	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht durchführbar <input type="checkbox"/>
<u>Hirngefäßdiagnostik</u>			
	ja	nein	
Extrakraniell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intrakraniell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ipsilaterale ACI-Stenose ≥ 70%:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht untersucht <input type="checkbox"/>
- wenn ACI-Stenose ≥ 70%: Operative Revaskularisation veranlasst oder empfohlen:			
Nein		<input type="checkbox"/>	
Verlegt zur Operation		<input type="checkbox"/>	
Verlegt zum Stenting		<input type="checkbox"/>	
Operation während aktuellem Aufenthalt		<input type="checkbox"/>	
Stenting während aktuellem Aufenthalt		<input type="checkbox"/>	
Sonstiges		<input type="checkbox"/>	
<b>Therapie</b>			
	ja	nein	
Antikoagulation (Marcumar/Heparin) einschl. Empfehlung im Entlassungsbrief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombozytenaggregationshemmer innerhalb 48 h nach Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombozytenaggregationshemmer bei Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Sekundärprophylaxe:</u>			
	ja	nein	
Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antidiabetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Statine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Thrombolyse</b>			
	ja	nein	
Intravenöse Lyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intraarterielle Lyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Zeitintervall Aufnahme bis Beginn Thrombolyse</u>			
keine Lyse durchgeführt		<input type="checkbox"/>	
≤ 30 min		<input type="checkbox"/>	
30 - 60 min		<input type="checkbox"/>	
1 - 2 h		<input type="checkbox"/>	
2 - 3 h		<input type="checkbox"/>	
3 - 4 h		<input type="checkbox"/>	
4 - 6 h		<input type="checkbox"/>	
> 6 h		<input type="checkbox"/>	
Lyse vor Aufnahme begonnen		<input type="checkbox"/>	

<b>Rehabilitation</b>			
	nein	≤ Tag 2 nach Aufnahme	> Tag 2 nach Aufnahme
Physio-/Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Komplikationen</b>			
Komplikationen		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Pneumonie		<input type="checkbox"/>	
erhöhter Hirndruck		<input type="checkbox"/>	
intrazerebrale Blutung		<input type="checkbox"/>	
Reinfarkt		<input type="checkbox"/>	
Epileptischer Anfall		<input type="checkbox"/>	
Thrombose/Lungenembolie		<input type="checkbox"/>	
Harnwegsinfektion		<input type="checkbox"/>	
sonstige Komplikationen		<input type="checkbox"/>	
<b>Information Patienten und Angehörige vor Entlassung</b>			
		ja	nein
durch Arzt zu Krankheitsverlauf / Prävention		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Sozialdienst / Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Entlassungsdatum Krankenhaus</b>			
TT.MM.JJJJ _____ . _____ . _____			
<b>Entlassung / Verlegung</b>			
nach Hause			<input type="checkbox"/>
Verlegung externe (Akut) Klinik			<input type="checkbox"/>
Pflegeeinrichtung			<input type="checkbox"/>
Patient verstorben			<input type="checkbox"/>
Rehabilitationseinrichtung			<input type="checkbox"/>
- wenn nicht Rehabilitationseinrichtung o. Patient verstorben:			
Rehabilitation nach Entlassung aus Akutbehandlung veranlasst/geplant:			
keine Reha geplant			<input type="checkbox"/>
Reha Phase B			<input type="checkbox"/>
Reha Phase C			<input type="checkbox"/>
Reha Phase D-stationär			<input type="checkbox"/>
Reha Phase D-amb./teilstat.			<input type="checkbox"/>
Geriatrische Reha			<input type="checkbox"/>
Sonstige Reha			<input type="checkbox"/>