

Das Einschlusskriterium des TraumaRegister DGU® (TR-DGU) ist die Aufnahme eines Patienten über den Schockraum mit anschließender Intensivtherapie sowie Patienten, die vor Erreichen der Intensiv-/Überwachungsstation versterben.

<b>S: Stammdaten</b>		<b>Patienten-ID:</b> _____	<b>Interne Bemerkung:</b> _____																																																												
<p><b>Unfallzeitpunkt:</b> Datum _____:_____:20_____</p> <p>Uhrzeit _____:____ Uhr</p> <p><b>Patientenalter am Unfalltag</b></p> <p><b>Geburtsdatum:</b> _____:_____:20_____</p> <p>Wenn Geburtsdatum unbekannt, geschätztes Alter: _____ Jahre</p> <p><b>Geschlecht:</b> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers</p> <p>Wenn weiblich, besteht eine Schwangerschaft?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Wenn ja, bitte Fötus-Bogen ausfüllen</p> <p><b>Gesundheitszustand vor Unfall</b></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>Wenn Alter ≥ 65 Jahre: <u>Clinical Frailty Scale</u></p> <p><input type="radio"/> 1 – Sehr fit <input type="radio"/> 6 – Mittelgradig fragil</p> <p><input type="radio"/> 2 – Durchschnittlich aktiv <input type="radio"/> 7 – Ausgeprägt fragil</p> <p><input type="radio"/> 3 – Gut zurechtkommend <input type="radio"/> 8 – Extrem fragil</p> <p><input type="radio"/> 4 – Vulnerabel <input type="radio"/> 9 – Terminal erkrankt</p> <p><input type="radio"/> 5 – Geringgradig fragil</p> <p><u>Antikoagulation?</u> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt</p> <p>Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Heparin(oide) <input type="checkbox"/> Vitamin K-Antagonisten</p> <p><input type="checkbox"/> DOAK ( <input type="checkbox"/> Thrombinhemmer <input type="checkbox"/> FXa-Hemmer )</p> <p><input type="checkbox"/> andere Thrombozytenaggregationshemmer</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt</p>	<p><b>Unfall-Anamnese</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Ursache</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Unfallmechanismus</u></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Unfall</td> <td><input type="radio"/> stumpf</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Verdacht auf Gewaltverbrechen</td> <td><input type="radio"/> penetrierend</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Verdacht auf Suizid</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>BG-Fall</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>Unfallart</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Verkehr</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Sturz</u></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> PKW-Insasse</td> <td><input type="radio"/> Sturz mit Fallhöhe &gt; 3m</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> LKW-Insasse</td> <td><input type="radio"/> Sturz mit Fallhöhe ≤ 3 m</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Bus-Insasse</td> <td><input type="radio"/> Ebenerdiger Sturz</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Motorradfahrer/-sozius</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Fahrrad</td> <td><u>Sonstige</u></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> unterstütztes Fahrrad<sup>1</sup></td> <td><input type="radio"/> Schlagverletzung<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> E-Scooter</td> <td><input type="radio"/> Schussverletzung</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Fußgänger angefahren</td> <td><input type="radio"/> Stichverletzung</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Sonstiger Verkehrsunfall</td> <td><input type="radio"/> Explosion / Verpuffung<sup>3</sup></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="radio"/> Verschüttung</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> andere Unfallart</td> </tr> </table> <p>Wenn Unfall mit Motorrad, Fahrrad oder E-Scooter, Helm getragen?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt</p> <p><small><sup>1</sup> E-Bike/Pedelec, <sup>2</sup> Gegenstand, Ast, ..., <sup>3</sup> thermomech. Kombiverletzung</small></p> <p><b>Zuverlegt?</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Klinik angeben) _____</p> <p>Wenn ja, liegt DGU-Verlegungsbogen vor? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (bitte Bogen eingeben)</p>	<u>Ursache</u>	<u>Unfallmechanismus</u>	<input type="radio"/> Unfall	<input type="radio"/> stumpf	<input type="radio"/> Verdacht auf Gewaltverbrechen	<input type="radio"/> penetrierend	<input type="radio"/> Verdacht auf Suizid		<u>Verkehr</u>	<u>Sturz</u>	<input type="radio"/> PKW-Insasse	<input type="radio"/> Sturz mit Fallhöhe > 3m	<input type="radio"/> LKW-Insasse	<input type="radio"/> Sturz mit Fallhöhe ≤ 3 m	<input type="radio"/> Bus-Insasse	<input type="radio"/> Ebenerdiger Sturz	<input type="radio"/> Motorradfahrer/-sozius		<input type="radio"/> Fahrrad	<u>Sonstige</u>	<input type="radio"/> unterstütztes Fahrrad <sup>1</sup>	<input type="radio"/> Schlagverletzung <sup>2</sup>	<input type="radio"/> E-Scooter	<input type="radio"/> Schussverletzung	<input type="radio"/> Fußgänger angefahren	<input type="radio"/> Stichverletzung	<input type="radio"/> Sonstiger Verkehrsunfall	<input type="radio"/> Explosion / Verpuffung <sup>3</sup>	_____	<input type="radio"/> Verschüttung		<input type="radio"/> andere Unfallart																														
<u>Ursache</u>	<u>Unfallmechanismus</u>																																																														
<input type="radio"/> Unfall	<input type="radio"/> stumpf																																																														
<input type="radio"/> Verdacht auf Gewaltverbrechen	<input type="radio"/> penetrierend																																																														
<input type="radio"/> Verdacht auf Suizid																																																															
<u>Verkehr</u>	<u>Sturz</u>																																																														
<input type="radio"/> PKW-Insasse	<input type="radio"/> Sturz mit Fallhöhe > 3m																																																														
<input type="radio"/> LKW-Insasse	<input type="radio"/> Sturz mit Fallhöhe ≤ 3 m																																																														
<input type="radio"/> Bus-Insasse	<input type="radio"/> Ebenerdiger Sturz																																																														
<input type="radio"/> Motorradfahrer/-sozius																																																															
<input type="radio"/> Fahrrad	<u>Sonstige</u>																																																														
<input type="radio"/> unterstütztes Fahrrad <sup>1</sup>	<input type="radio"/> Schlagverletzung <sup>2</sup>																																																														
<input type="radio"/> E-Scooter	<input type="radio"/> Schussverletzung																																																														
<input type="radio"/> Fußgänger angefahren	<input type="radio"/> Stichverletzung																																																														
<input type="radio"/> Sonstiger Verkehrsunfall	<input type="radio"/> Explosion / Verpuffung <sup>3</sup>																																																														
_____	<input type="radio"/> Verschüttung																																																														
	<input type="radio"/> andere Unfallart																																																														
<b>A1: Präklinik</b>																																																															
<p><b>Rettungszeiten</b></p> <p>Erste Alarmierung _____:____ Uhr</p> <p>Ankunft 1. Rettungsmittel Unfallstelle _____:____ Uhr</p> <p>Transportbeginn mit Patienten _____:____ Uhr</p> <p><b>Notarzt vor Ort:</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>Transport:</b> <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><b>Nachforderung RTH:</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>Telenotärztliche Konsultation:</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>MANV:</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>Glasgow Coma Scale</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <th><u>Augenöffnen</u></th> <th><u>Verbale Antwort</u></th> <th><u>Motorische Antwort</u></th> </tr> <tr> <td>spontan (4)</td> <td>orientiert (5)</td> <td>befolgt Aufforderung (6)</td> </tr> <tr> <td>auf Geräusch (3)</td> <td>verwirrt (4)</td> <td>lokalisiert (5)</td> </tr> <tr> <td>auf Druck (2)</td> <td>Wörter (3)</td> <td>beugt normal (4)</td> </tr> <tr> <td>nicht vorhanden (1)</td> <td>Laute (2)</td> <td>beugt abnormal (3)</td> </tr> <tr> <td>nicht beurteilbar (NT)</td> <td>keine (1)</td> <td>streckt (2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>nicht beurteilbar (NT)</td> <td>keine (1)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>nicht beurteilbar (NT)</td> </tr> </table> <p><b>Pupillenweite</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>normal (0)</td> <td><b>Lichtreaktion</b></td> </tr> <tr> <td>Anisokorie (1)</td> <td>spontan (0)</td> </tr> <tr> <td>beidseits weit (2)</td> <td>verzögert (1)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>lichtstarr (3)</td> </tr> </table>	<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	<u>Motorische Antwort</u>	spontan (4)	orientiert (5)	befolgt Aufforderung (6)	auf Geräusch (3)	verwirrt (4)	lokalisiert (5)	auf Druck (2)	Wörter (3)	beugt normal (4)	nicht vorhanden (1)	Laute (2)	beugt abnormal (3)	nicht beurteilbar (NT)	keine (1)	streckt (2)		nicht beurteilbar (NT)	keine (1)			nicht beurteilbar (NT)	normal (0)	<b>Lichtreaktion</b>	Anisokorie (1)	spontan (0)	beidseits weit (2)	verzögert (1)		lichtstarr (3)	<p><b>Vitalzeichen bei Eintreffen des Rettungsmittels</b></p> <p>Atemfrequenz (spontan) _____ /min</p> <p>Sauerstoffsättigung (SpO2) _____ %</p> <p>Blutdruck (systolisch) _____ mmHg</p> <p>Herzfrequenz _____ /min</p> <p>Laktat _____ mmol/l</p> <table style="width:100%;"> <tr> <th><b>Verletzte Körperregion</b></th> <th>nein</th> <th>ja</th> </tr> <tr> <td>Schädel-Hirn</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> </tr> <tr> <td>Thorax</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> </tr> <tr> <td>Wirbelsäule</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> </tr> <tr> <td>Obere Extremitäten</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> </tr> <tr> <td>Weichteile</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Blut- und Volumengabe</b></p> <p>Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten</p> <p>Kristalloide _____ ml</p> <p>Kolloide _____ ml</p>	<b>Verletzte Körperregion</b>	nein	ja	Schädel-Hirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Untere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weichteile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	<u>Motorische Antwort</u>																																																													
spontan (4)	orientiert (5)	befolgt Aufforderung (6)																																																													
auf Geräusch (3)	verwirrt (4)	lokalisiert (5)																																																													
auf Druck (2)	Wörter (3)	beugt normal (4)																																																													
nicht vorhanden (1)	Laute (2)	beugt abnormal (3)																																																													
nicht beurteilbar (NT)	keine (1)	streckt (2)																																																													
	nicht beurteilbar (NT)	keine (1)																																																													
		nicht beurteilbar (NT)																																																													
normal (0)	<b>Lichtreaktion</b>																																																														
Anisokorie (1)	spontan (0)																																																														
beidseits weit (2)	verzögert (1)																																																														
	lichtstarr (3)																																																														
<b>Verletzte Körperregion</b>	nein	ja																																																													
Schädel-Hirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													
Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													
Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													
Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													
Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													
Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													
Obere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													
Untere Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													
Weichteile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																													

**A2: Präklinik (Fortsetzung)**

Patienten-ID: \_\_\_\_\_

Therapie	nein	ja
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Wenn ja:</i> Kapnometrie durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supraglottische Atemwegshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Videolaryngoskopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HWS-Immobilisierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nadeldekompression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgische Entlastung Thoraxhöhle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tourniquet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IO-Zugang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peri-Arrest-Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Katecholamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgosedierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schockraumanmeldung (Alarmierungskriterien)	
<u>Unfallhergang</u>	<u>Verletzung</u>
<input type="checkbox"/> Sturz aus > 3m Höhe	<input type="checkbox"/> Instabiler Thorax
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall mit Ejektion	<input type="checkbox"/> Penetrierende Verletzungen Rumpf-Hals-Region
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall mit Fraktur langer Röhrenknochen	<input type="checkbox"/> Mechanisch instabile Beckenverletzung
<u>Vitalfunktionsstörung</u>	<input type="checkbox"/> Amputationsverletzung proximal der Hände / Füße
<input type="checkbox"/> A/B-Problem	<input type="checkbox"/> Sensomotorisches Defizit nach Wirbelsäulenverletzung
<input type="checkbox"/> C-Problem	<input type="checkbox"/> Frakturen von ≥ 2 proximalen großen Röhrenknochen
<input type="checkbox"/> D-Problem	<input type="checkbox"/> Verbrennungen > 20% und Grad ≥ 2b
<input type="checkbox"/> E-Problem	
<u>Intervention</u>	<u>Besondere Situation</u>
<input type="checkbox"/> Atemwegssicherung	<input type="checkbox"/> Geriatrischer Patient
<input type="checkbox"/> Thoraxentlastung	<input type="checkbox"/> Providerentscheidung
<input type="checkbox"/> Pericardiozentese	
<input type="checkbox"/> Katecholamingabe	
<input type="checkbox"/> Anlage Tourniquet	

**B1: SR-/OP-Phase**

**Aufnahme**  
Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

**Vitalzeichen**

Atemfrequenz (spontan)	_____ /min
Sauerstoffsättigung (SpO <sub>2</sub> )	_____ %
Blutdruck (systolisch)	_____ mmHg
Herzfrequenz	_____ /min
Temperatur	_____ °C

**Atmung**

Bereits bei Ankunft beatmet?  nein  ja

*Wenn beatmet:* FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % oder Dezimalwert\*  
PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg oder kPa\*

*Wenn nicht beatmet:* Sauerstoffgabe?  nein  ja: \_\_\_\_\_ l/min

**Glasgow Coma Scale**

Augenöffnen	Verbale Antwort	Motorische Antwort
spontan (4)	orientiert (5)	befolgt Aufforderung (6)
auf Geräusch (3)	verwirrt (4)	lokalisiert (5)
auf Druck (2)	Wörter (3)	beugt normal (4)
nicht vorhanden (1)	Laute (2)	beugt abnormal (3)
nicht beurteilbar (NT)	keine nicht beurteilbar (NT)	gestreckt (2)
		keine nicht beurteilbar (NT)
		gestreckt (1)
		nicht beurteilbar (NT)

  

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

**Labor**

Hämoglobin	_____	g/dl oder mmol/l*
Thrombozytenzahl	_____	/µl oder gpt/l*
INR	_____	[ohne Einheit]
Base Excess (-/+)	_____	mmo/l
Laktat	_____	mg/dl oder mmol/l*
Ca (ionisiert)	_____	mmol/l oder mg/dl*
Ethanol (Plasma)	_____	µmol/l oder mg/dl*
Fibrinogen	_____	µmol/l oder g/dl*

Diagnostik	nein	ja	Uhrzeit
FAST / eFAST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Intraabdominell freie Flüssigkeit?	<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
Ganzkörper-CT (inkl. cCT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
<b>Selektives CT</b>			
Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
HWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Thorax mit BWS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Abdomen/LWS/Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Extremitäten	<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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ sek
FIBTEM-A5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ mm

**Wurde Teleradiologie genutzt?**  nein  ja

\* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen. Diese können in der Online-Eingabe über das Support-Team der AUC angepasst werden.

**B2: SR-/OP-Phase (Fortsetzung)**

Patienten-ID: \_\_\_\_\_

<b>Volumengabe</b> Schockraum      OP-Phase Kristalloide      _____ ml      _____ ml Kolloide      _____ ml      _____ ml		<b>Operative Notfallmaßnahmen bis Aufnahme</b> <b>ICU / Überwachungsstation</b> nein    ja      Schnittzeit			
<b>Hämostase-Therapie</b> Schockraum      OP-Phase Bluttransfusion (EK)      _____      Einheiten      _____ Zeit erste EK-Gabe      ____:____ Uhr Frischplasma      _____      Einheiten   ml*      _____ Gefriergetrocknetes Plasma      _____      Einheiten   ml*      _____ Thrombozytenkonzentrat      _____      Einheiten   ml*      _____		Operative Hirndruckentlastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
<b>Medikamentöse Gerinnungstherapie</b> nein    ja <i>Wenn ja</i> Tranexamsäure <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1g <input type="radio"/> 2g <input type="radio"/> 3g <input type="radio"/> ≥4g Fibrinogen <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1g <input type="radio"/> 2g <input type="radio"/> 3g <input type="radio"/> ≥4g PPSB <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 600IE <input type="radio"/> 1200 IE <input type="radio"/> 1800IE <input type="radio"/> ≥2400 IE Kalzium <input type="radio"/> <input type="radio"/> DOAK-Antidot <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Idarucizumab <input type="radio"/> Andexanet alfa		Laminektomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
		Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
		Peri-Arrest-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
		REBOA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
		Stabilisierung Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
		Externe Stabilisation Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
		Escharotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
		Dermatofasziotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
		<b>Übergeordnetes Therapiekonzept</b> Damage-Control-Konzept <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			
<b>Therapie Schockraum</b> nein    ja      Revision    beendet Endotracheale Intubation <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Chirurgicaler Atemweg <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Thoraxdrainage <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Herzdruckmassage <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Perikardpunktion <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> HWS-Immobilisation <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Beckengurt <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tourniquet <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Katecholamine (Erst-/Weitergabe) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Aktives Wärmemanagement <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<b>Weiterversorgung</b> Ende SR-Versorgung      Uhrzeit: ____:____ Uhr Weiterverlegung aus SR      Uhrzeit: ____:____ Uhr <input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Intensiv-/Überwachungsstation <input type="radio"/> Normalstation <input type="radio"/> Tod im Schockraum <input type="radio"/> anderes Krankenhaus <input type="radio"/> Sonstiges _____			

**C1: Intensiv- /Überwachungsstation**

<b>Aufnahme:</b> Datum ____ . ____ .20____      Uhrzeit ____:____ Uhr Ungeplante (Wieder-)Aufnahme auf ICU/ Überwachungsstation? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Datum: ____ . ____ .20____		<b>Aufenthaltsdauer/ Beatmungstherapie</b> nein    ja      Dauer in Stunden oder Tagen* Intensivtherapie (exkl. IMC) <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ Mechanische Beatmung <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____		
<b>Labor/ Vitalwerte</b> Hämoglobin      _____      g/dl oder mmol/l* Thrombozytenzahl      _____      /µl oder gpt/l* INR      _____      [ohne Einheit] Laktat      _____      mg/dl oder mmol/l* Ca (ionisiert)      _____      mmol/l oder mg/dl* Fibrinogen      _____      µmol/l oder g/dl* Temperatur      _____      °C		<b>Hämostase-Therapie</b> Auf Intensivstation bis max. 24 h nach Aufnahme im Schockraum Bluttransfusion (EK)      _____      Einheiten Frischplasma      _____      Einheiten oder ml* Gefriergetrocknetes Plasma      _____      Einheiten oder ml* Thrombozytenkonzentrat      _____      Einheiten oder ml*		
<b>ROTEM®</b> EXTEM-CT      _____ sek      FIBTEM-A5      _____ mm		<b>Therapie</b> Nierenersatzverfahren <input type="radio"/> <input type="radio"/> ECMO (Extrakorporaler Lungensupport) <input type="radio"/> <input type="radio"/>		

\* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen. Diese können in der Online-Eingabe über das Support-Team der AUC angepasst werden.

**C2: Intensiv- /Überwachungsstation** (Fortsetzung) **Patienten-ID:** \_\_\_\_\_

**Medikamentöse Gerinnungstherapie**  
Auf Intensivstation bis max. 24 h nach Aufnahme im Schockraum

	nein	ja
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Organversagen** (Sofa Score >2)

	nein	ja		nein	ja
Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ZNS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MOV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

**Sepsis (neue Definition)**  nein  ja, Infektfokus:  
 Katheter  Lunge  Wunden  Urosepsis  Abdomen  
 Anderer \_\_\_\_\_

**D1: Abschluss**

**Entlassungs-/Todesdatum**  
 Datum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
 Uhrzeit \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr

**Bei Verlegung in ein anderes Akutkrankenhaus:**  
 Bitte Klinik angeben: \_\_\_\_\_  
Hauptgrund der Verlegung  
 Fehlende Kapazität - *bitte spezifizieren:*  OP  ICU  
 Fehlende Fachdisziplin: \_\_\_\_\_ (Auswahl in Online-Maske)  
 Kostenträger (z. B. BG)  
 Rückübernahme TNW  
 Sonstige Weiterversorgung (z. B. Heimatnahe Versorgung, Patientenwunsch, ...)

**Entlassung/Verlegung/Tod**  
 Verlegung in anderes Akutkrankenhaus  
 Verlegung zur stationären Rehabilitation<sup>1</sup>  
 Entlassung ins Pflegeheim/ Altersheim  
 Entlassung nach Hause / frühere Wohnsituation  
 Entlassung in Kurzzeitpflege  
 Sonstige  
 Tod <sup>1</sup> Genehmigung liegt vor

**Bei Verlegung zur stationären Rehabilitation:**  
Klinik/ Einrichtung  
 Frührehabilitation - *bitte spezifizieren:*  
 Neurologisch  Fachübergreifend  Geriatrisch  
 Stationäre Anschlussrehabilitation - *bitte spezifizieren:*  
 Direktverlegung  Aufnahme im Zeitversatz (bis 14 Tage)  
 Postakute Traumarehabilitation

**Zustand bei Entlassung/Verlegung**  
 gut erholt  mäßig behindert  
 schwer behindert  nicht kontaktfähig

**Klinikrelevante thromboembolische Ereignisse?**  
 keine  
 Herzinfarkt  Lungenembolie  
 Tiefe Beinvenenthrombose  Apoplex  
 Andere thromboembolische Ereignisse  
 Wenn ja: Bestand Thromboseprophylaxe?  nein  ja

**Bei Entlassung nach Hause/ frühere Wohnsituation, Pflegeheim/ Altersheim, Kurzzeitpflege, Sonstiges:**  
Wäre eine stationäre Rehabilitation aus medizinischer Sicht angezeigt?  
 nein  ja

**Bei Tod**  
Therapielimitierung:  nein  ja  
 Wenn ja: Grund für Therapiebegrenzung:  
 palliativ  
 mutmaßlicher Patientenwille  
 schriftlich bekundeter Patientenwille  
Todesursache  
 SHT  Hämorrhagie  Organversagen  Sonstige

Wenn ja: Rehabilitationsfähigkeit (für Anschlussrehabilitation) gegeben?  
 nein  ja

Wenn nein: Welche ambulante Weiterbehandlung wurde veranlasst?  
 Ambulante Rehabilitation  
 Ambulante Physiotherapie  
 Ambulante Ergotherapie  
 Mobile Rehabilitation  
 Keine ambulante Rehabilitation

**D2: Diagnosen**

**Verletzung:** \_\_\_\_\_  
**AIS-Code:** \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?  nein  ja  
**Operationen:** (siehe OP-Gruppe#)  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 Initiales Therapiekonzept:  Damage-Control-OP  nein  ja

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme  nein  ja  
 Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_  
 Beschreibung der Operation \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
 Anzahl weiterer OPs: (z.B. Revisionen) \_\_\_\_\_

**D3: Diagnosen**

Patienten-ID: \_\_\_\_\_

**Verletzung:** \_\_\_\_\_ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme  nein  ja

**AIS-Code:** \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?  nein  ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

**Operationen:** (siehe OP-Gruppen#) Beschreibung der Operation 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

**AIS-Code:** \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?  nein  ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

**Operationen:** (siehe OP-Gruppen#) Beschreibung der Operation 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

**AIS-Code:** \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?  nein  ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

**Operationen:** (siehe OP-Gruppen#) Beschreibung der Operation 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

**AIS-Code:** \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?  nein  ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

**Operationen:** (siehe OP-Gruppen#) Beschreibung der Operation 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

**AIS-Code:** \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?  nein  ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

**Operationen:** (siehe OP-Gruppen#) Beschreibung der Operation 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

**AIS-Code:** \_\_\_\_\_ Offene Fraktur?  nein  ja Grad der Weichteilverletzung (I-IV) \_\_\_\_\_

**Operationen:** (siehe OP-Gruppen#) Beschreibung der Operation 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.

#Für Erläuterungen zu den OP-Gruppen siehe Dokument „TR-DGU Leitfaden für V2025“

Nähere Ausfüllhinweise können Sie im „TR-DGU Leitfaden für V2025“ nachlesen (abrufbar unter [registerplattform.de](http://registerplattform.de) – Downloads).