



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

S: Stammdaten

Patienten-Code: _____ Interne Bemerkung: _____

Patientenalter am Unfalltag

Geburtsdatum _____

Wenn Geburtsdatum unbekannt:
geschätztes Alter _____ Jahre

Geschlecht männlich weiblich divers

Wenn weiblich, bestand eine Schwangerschaft?
 unbekannt nein ja (bitte Bogen F ausfüllen)

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?

- ASS DOAK Heparin(oide)
- andere Thrombozytenaggregationshemmer
- Vitamin K-Antagonisten Sonstige unbekannt

Zuverlegt

nein ja (bitte Klinik angeben) _____

Unfall-Anamnese

Unfallzeitpunkt Datum _____ . _____ . 20_____

Uhrzeit _____ : _____ Uhr

Ursache

- Unfall
- Verdacht auf Gewaltverbrechen
- Verdacht auf Suizid

Unfallmechanismus

- stumpf
- penetrierend

Unfallart

BG-Fall nein ja

Verkehr

- PKW-Insasse
- LKW-Insasse
- Bus-Insasse
- Motorradfahrer/-sozius
- Fahrrad
- unterstütztes Fahrrad ¹
- E-Scooter
- Fußgänger angefahren
- Sonstiger Verkehrsunfall

Sturz

- Sturz mit Fallhöhe >= 3m
- Sturz mit Fallhöhe < 3m
- Ebenerdiger Sturz

Sonstige

- Schlagverletzung ²
- Schussverletzung
- Stichverletzung
- Explosion / Verpuffung ³
- Verschüttung
- andere Unfallart

¹ E-Bike/Pedelec, ² Gegenstand, Ast, ..., ³ thermomech. Kombiverl.

A1: Präklinik

Rettungszeiten Erste Alarmierung _____ : _____ Uhr

Ankunft 1. Rettungsmittel Unfallstelle _____ : _____ Uhr

Transportbeginn mit Patienten _____ : _____ Uhr

Notärztliche Behandlung am Unfallort: nein ja

Transport: bodengebunden mit NA bodengebunden ohne NA
 RTH privat / selbst

Nachforderung RTH: nein ja

MANV: nein ja

Verletzungen	keine	leicht	mittel	schwer	geschlos- -sen	offen
Schädel-Hirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obere Extr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untere Extr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vitalzeichen bei Eintreffen des Rettungsmittels

Atemfrequenz (spontan) _____ /min

Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____ %

Blutdruck (systolisch) _____ mmHg

Herzfrequenz _____ /min

Kapnometrie durchgeführt? nein ja

Volumengabe

Kristalloide _____ ml

Kolloide _____ ml

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 (1)	streckt (2)
	nicht beurteilbar (NT)	keine (1)
		nicht beurteilbar (NT)

Therapie

	nein	ja
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alternative Atemwegssicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HWS-Immobilisierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nadeldekompression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thoraxdrainage (jetzt ohne Nadeldekompression)	<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"/>
Präklinische Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Katecholamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgesiedierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pupillenweite

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

Lichtreaktion



B1: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: _____

Aufnahme

Datum _____._____.20_____

Uhrzeit ____:____ Uhr

Vitalzeichen

Atemfrequenz (spontan) _____ /min

Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____ %

Blutdruck (systolisch) _____ mmHg

Herzfrequenz _____ /min

Temperatur _____ °C

Atmung

Bereits bei Ankunft beatmet? nein ja

Wenn ja:

FiO₂ _____ % oder Dezimalwert*

PaO₂ _____ mmHg oder kPa*

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 (1)	streckt (2)
	nicht beurteilbar (NT)	keine (1)
		nicht beurteilbar (NT)
_____ + _____ + _____	GCS-Wert _____	

Pupillenweite

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*
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*

Diagnostik

	nein	ja	Uhrzeit
FAST / eFAST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Freie Flüssigkeit bei FAST?	<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
Selektives CT			
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			_____ sek
EXTEM-MCF			_____ mm
FIBTEM-A10			_____ mm

Wurde Teleradiologie genutzt? nein ja

Volumengabe

	Schockraum	OP-Phase
Kristalloide	_____ ml	_____ ml
Kolloide	_____ ml	_____ ml

Therapie Schockraum

	nein	ja
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thoraxdrainage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perikardpunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Katecholamine (Erst-/Weitergabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Operative Notfalleingriffe bis Aufnahme ICU / IMC

	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
REBOA	<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
Escharotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Dermatofasziotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen



B2: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: _____

Hämostase-Therapie	Schockraum (ohne OP-Phase)	OP-Phase
Bluttransfusion (EK)	_____ Einheiten Zeit erste EK-Gabe: _____:_____ Uhr	_____ Einheiten
Frischplasma (FFP)	_____ Einheiten oder ml*	_____ Einheiten oder ml*
Thrombozytenkonzentrat	_____ Einheiten oder ml*	_____ Einheiten oder ml*

Medikamentöse Gerinnungstherapie	nein	ja	Zeit ersten Gabe
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____:____ Uhr
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____:____ Uhr
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
Kalzium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
Faktor XIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
DOAK-Antidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)

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"/> Sonstiges _____	

C: Intensivstation

Aufnahme
Datum: _____.____.20____ Uhrzeit: _____:_____ Uhr

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*
Fibrinogen	_____ µmol/l oder g/dl*
Temperatur	_____ °C

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 (FFP)	_____ Einheiten oder ml*
Thrombozytenkonzentrat	_____ Einheiten oder ml*

Medikamentöse Gerinnungstherapie		
(innerhalb der ersten 48 Stunden NACH Aufnahme auf die ICU)		
	nein	ja
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faktor XIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aufenthaltsdauer/ Beatmungstherapie	nein	ja	Dauer in Stunden oder Tagen*
Intensivtherapie (exkl. IMC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mechanische Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Therapie	nein	ja
Nierenersatzverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECMO (Extrakorporaler Lungensupport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Organversagen (SOFA-Score > 2)	nein	ja
Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ZNS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MOV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sepsis (neue Definition)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Wenn ja: Fokus
- Katheter
 - Lunge
 - Wunden
 - Urosepsis
 - Abdomen
 - Anderer _____

Rot markierte Parameter sind Pflichtfelder!

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (diese können über das Support-Team der AUC für Sie angepasst werden).



D1: Abschluss

Patienten-Code: _____

Entlassungs-/Todesdatum

Datum _____ . _____ .20 _____

Uhrzeit _____ : _____ Uhr

Entlassung/Verlegung/Tod

- Direktverlegung in ein anderes Akutkrankenhaus
- Direktverlegung zur Frührehabilitation
- Verlegung in stationäre Anschlussrehabilitation
- Entlassung Pflegeheim/ Altersheim
- Entlassung ins häusliche Umfeld
- Entlassung in Kurzzeitpflege
- Sonstige
- Tod

Zustand bei Entlassung/Verlegung

- gut erholt
- mäßig behindert
- schwer behindert
- nicht ansprechbar

Klinikrelevante thromboembolische Ereignisse?

- keine
- Herzinfarkt
- Tiefe Beinvenenthrombose
- Andere thromboembolische Ereignisse
- Lungenembolie
- Apoplex

Wenn ja: Bestand Thromboseprophylaxe? nein ja

Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation erforderlich? nein ja

Ambulante Weiterbehandlung

Welche Weiterbehandlung wurde veranlasst?

- Ambulante Rehabilitation
- Ambulante Physiotherapie
- Ambulante Ergotherapie
- Mobile Rehabilitation
- Keine ambulante Rehabilitation

Bei Direktverlegung in ein anderes Akutkrankenhaus:

Bitte Klinik angeben: _____

Weiterverlegung aufgrund akutmedizinischem Interventions-/ Diagnostikbedarf? nein ja

Bei Direktverlegung zur Frührehabilitation:

Art der Frührehabilitation

- Neurologisch
- Fachübergreifend
- Geriatrisch

Bei Verlegung in stationäre Anschlussrehabilitation

- Direktverlegung
- Aufnahme im Zeitversatz aus organisatorischen Gründen (bis 14 Tage)
- Aufnahme im Zeitversatz aus medizinischen Gründen (bis 12 Wochen)

Wenn Aufnahme im Zeitversatz: Bis dahin Entlassung...

- ... ins häusliche Umfeld
- ... in Kurzzeitpflege

Bei Tod:

Therapielimitierung: nein ja

Grund für Therapiebegrenzung:

- palliativ
- mutmaßlicher Patientenwille
- schriftlich bekundeter Patientenwille

Todesursache

- SHT
- Hämorrhagie
- Organversagen
- Sonstige

Stationäre Rehabilitation

Rehabilitationsfähigkeit gegeben (Barthel-Index > 75)?

- nein
- ja

Wenn nein:

Genehmigung zur Verlegung in postakute Traumarehabilitationseinrichtung? nein ja

Wenn Genehmigung vorliegt:

Weiterverlegung wohin?

- Anschlussrehabilitation
- Postakute Traumarehabilitation
- keine geeignete Einrichtung gefunden

D2: Diagnosen

Verletzung: _____ Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

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

OP-Maßnahme: (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) _____

OP-Maßnahme: (siehe OP-Gruppen)

Beschreibung der Operation Datum

1. _____ . _____ .20 _____

2. _____ . _____ .20 _____

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



D3: Diagnosen

Patienten-Code: _____

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 V2020“.