

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.

S: Stammdaten		Patienten-ID: _____	Interne Bemerkung: _____																																																															
<p>Unfallzeitpunkt: Datum _____:_____:20_____</p> <p>Uhrzeit _____:____ Uhr</p> <p>Patientenalter am Unfalltag</p> <p>Geburtsdatum: _____:_____.20_____</p> <p>Wenn Geburtsdatum unbekannt, geschätztes Alter: _____ Jahre</p> <p>Geschlecht: <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>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>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 (O Thrombinhemmer O FXa-Hemmer)</p> <p><input type="checkbox"/> andere Thrombozytenaggregationshemmer</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt</p>	<p>Unfall-Anamnese</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>BG-Fall <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Unfallart</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 > 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 Fahrrad¹</td> <td><input type="radio"/> Schlagverletzung²</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 / Verpuffung³</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>¹ E-Bike/Pedelec, ² Gegenstand, Ast, ..., ³ thermomech. Kombiverletzung</small></p> <p>Zuverlegt? <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 ¹	<input type="radio"/> Schlagverletzung ²	<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 ³	_____	<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 ¹	<input type="radio"/> Schlagverletzung ²																																																																	
<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 ³																																																																	
_____	<input type="radio"/> Verschüttung																																																																	
	<input type="radio"/> andere Unfallart																																																																	
A1: Präklinik																																																																		
<p>Rettungszeiten</p> <p>Erste Alarmierung _____:____ Uhr</p> <p>Ankunft 1. Rettungsmittel Unfallstelle _____:____ Uhr</p> <p>Transportbeginn mit Patienten _____:____ Uhr</p> <p>Notarzt vor Ort: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</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>Nachforderung RTH: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Telenotärztliche Konsultation: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>MANV: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Glasgow Coma Scale</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>Pupillenweite</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>normal (0)</td> <td>Lichtreaktion</td> <td>spontan (0)</td> </tr> <tr> <td>Anisokorie (1)</td> <td>verzögert (1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>beidseits weit (2)</td> <td>lichtstarr (3)</td> <td></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)	Lichtreaktion	spontan (0)	Anisokorie (1)	verzögert (1)		beidseits weit (2)	lichtstarr (3)		<p>Vitalzeichen bei Eintreffen des Rettungsmittels</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>Verletzte Körperregion</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>Blut- und Volumengabe</p> <p>Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten</p> <p>Kristalloide _____ ml</p> <p>Kolloide _____ ml</p>			Verletzte Körperregion	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)	Lichtreaktion	spontan (0)																																																																
Anisokorie (1)	verzögert (1)																																																																	
beidseits weit (2)	lichtstarr (3)																																																																	
Verletzte Körperregion	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"/>
Analgesiedierung	<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"/> Geriatriischer 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 ₂)	_____ %
Blutdruck (systolisch)	_____ mmHg
Herzfrequenz	_____ /min
Temperatur	_____ °C

Atmung

Bereits bei Ankunft beamtet? nein ja

Wenn beatmet: FiO₂ _____ % oder Dezimalwert*
PaO₂ _____ 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 (1)	streckt (2)
	nicht beurteilbar (NT)	keine (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
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	<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: _____

Volumengabe		Schockraum	OP-Phase		Operative Notfalleingriffe bis Aufnahme							
Kristalloide	_____ ml	_____ ml	ICU / Überwachungsstation				nein	ja	Schnittzeit			
Kolloide	_____ ml	_____ ml	Operative Hirndruckentlastung				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr			
Hämostase-Therapie		Schockraum	OP-Phase		Laminektomie				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Bluttransfusion (EK)	_____ Einheiten	_____	Thorakotomie				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr			
Zeit erste EK-Gabe	____:____ Uhr	_____	Peri-Arrest-Thorakotomie				<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	____:____ Uhr			
Frischplasma	_____ Einheiten ml*	_____	Laparotomie				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr			
Gefriergetrocknetes Plasma	_____ Einheiten ml*	_____	Revaskularisation				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr			
Thrombozytenkonzentrat	_____ Einheiten ml*	_____	Embolisation				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr			
Medikamentöse Gerinnungstherapie		nein	ja	<i>Wenn ja</i>		REBOA				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr		
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr		
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr		
Kalzium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr		
DOAK-Antidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr		
Therapie Schockraum		nein	ja	Revision	beendet	Übergeordnetes Therapiekonzept						
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Damage-Control-Konzept						
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja						
Thoraxdrainage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weiterversorgung						
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ende SR-Versorgung Uhrzeit: ____:____ Uhr						
Perikardpunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weiterverlegung aus SR Uhrzeit: ____:____ Uhr						
HWS-Immobilisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> OP						
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Intensiv-/Überwachungsstation						
Tourniquet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Normalstation						
Katecholamine (Erst-/Weitergabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Tod im Schockraum						
Aktives Wärmemanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> anderes Krankenhaus						
						<input type="radio"/> Sonstiges _____						

C1: Intensiv- /Überwachungsstation

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

* 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 Rehabilitation¹
 Entlassung ins Pflegeheim/ Altersheim
 Entlassung nach Hause / frühere Wohnsituation
 Entlassung in Kurzzeitpflege
 Sonstige
 Tod ¹ 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: _____

Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme nein ja

AIS-Code: _____ Offene Fraktur? nein ja

Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____

Operationen: (siehe OP-Gruppe#)

Beschreibung der Operation _____ Datum _____

1. _____

_____ . _____ .20 _____

2. _____

_____ . _____ .20 _____

Initiales Therapiekonzept: Damage-Control-OP nein ja

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 – Downloads).