

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

BASIS

Basisdokumentation

- 1 Institutionskennzeichen
- 2 entlassender Standort
- 3 Betriebsstätten-Nummer
- 4 Fachabteilung
§ 301-Vereinbarung (siehe Anlage 1)
- 5 Identifikationsnummer des Patienten
- 6 Geburtsdatum
- 7 Geschlecht
1 = männlich
2 = weiblich
3 = divers
9 = unbestimmt
- 8 PLZ des Wohnortes
- 9 Aufnahme datum
- 10 Uhrzeit
- 11 Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien
0 = nein
1 = ja

wenn Feld 11 = 0:

- 12 Begründung
1 = Aufnahme zur Op / Intervention bei Kompl.
2 = Schlaganfall/TIA älter als 1 Woche
3 = nur Frührehabilitation ohne Akutbehandlung
4 = Auslösung zweiter Bogen bei fehlender Fallzusammenführung (siehe Ausfüllhinweis)
weiterhin auszufüllen sind die Felder 73-75, nicht der Pflegebogen

Aufnahme

- 13 stationäre Aufnahmeeinheit
1 = Allgemeinstation
2 = Intensivstation
3 = Schlaganfalleinheit lt. Konzeption BaWü
4 = Notaufnahme
- Wenn Feld 13 ≠ 3:
- 14 Fand während des Aufenthaltes eine Behandlung auf einer ausgewiesenen Schlaganfalleinheit Ihres Krankenhauses statt?
0 = nein
1 = ja
- 15 NIH Stroke Scale
(siehe Anlage 2.1 und 2.2)

- 16 Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?
0 = nein
1 = ja

Wenn Feld 16=1, gehe zu D, ansonsten gehe zu Frage 17 (Pflegebogen ist jeweils auszufüllen)

- 17 Inhouse-Stroke?
0 = nein
1 = ja

- 18 Schlaganfalldatum

- 19 Uhrzeit (+/-15 Min.)

wenn Feld 18 und 19 unbekannt:

- 20 Zeitintervall last seen well bis Aufnahme bei Inhouse-Stroke Symptombeginn bis -erkennung
0 = ≤ 3 h
1 = > 3 – 4 h
2 = > 4 – 5 h
3 = > 5 – 24 h
4 = > 24 – 48 h
5 = > 48 h
9 = keine Abschätzung möglich

- 21 Einweisung veranlasst durch
1 = selbst
2 = Rettungsdienst mit Notarzt
3 = Rettungsdienst ohne Notarzt
4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt
5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt
6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor

- 22 Beatmung innerhalb 24 h nach Aufnahme
0 = nein
1 = ja, für maximal 6 Stunden
2 = ja, für mehr als 6 Stunden

- 23 Bewusstseinslage
1 = wach
2 = somnolent / soporös
3 = komatös

- 24 Extremitätenpareesen
0 = nein
1 = ja
2 = nicht bestimmbar
3 = nicht bestimmt

- 25 Sprach- / Sprechstörung
0 = nein
1 = ja
2 = nicht bestimmbar
3 = nicht bestimmt

- ~~26 Sprechstörung
0 = nein
1 = ja
2 = nicht bestimmbar
3 = nicht bestimmt~~

- 26 Bildgebung zum Ausschluss Blutung (CCT/ MRT)
0 = nicht erfolgt
1 = vor Aufnahme
2 = nach Aufnahme

wenn Feld 27 =2:

- 27 Datum Bildgebung

- 28 Uhrzeit Bildgebung

- 29 Wegverlegung in externe Klinik innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?
0 = nein
1 = ja, mit späterer Rückübernahme
2 = ja, ohne spätere Rückübernahme

Wenn Feld 29=2 ist der Pflegebogen nicht auszufüllen

wenn Feld 29= 1 oder 2:

- 30 Verlegung Datum

- 31 Verlegung Uhrzeit

- 32 Verlegungsgrund
1 = akute Thrombektomie
2 = Sekundärpräventive Revaskularisation der ACI
3 = neurochirurgische Intervention bei Blutung
4 = Intervention bei raumforderndem Insult
5 = internistische Komplikation
6 = keine eigene Stroke Unit
7 = fehlende Bettenkapazität
8 = Sonstiges

Wenn Feld 32= 8:

- 33 Konkretisierung von „Sonstiges“

Wenn Feld 21=4 oder 5 oder Feld 29=1oder2:

- 34 optional: Verlegungsnummer des Patienten

- 35 Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?
0 = nein
1 = ja

wenn Feld 35= 1:

- 36 Teleneurologisches Konsil Datum

- 37 Teleneurologisches Konsil Uhrzeit

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

Wenn Ereignis – Aufnahme >48h UND Feld 21 =4, gehe zu C, ansonsten gehe zu A

A Lysetherapie

38 Thrombolyse i.v.
0 = nein
1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme.
2 = vor Aufnahme erfolgt
3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt
4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)

Wenn Feld 38= 1, gehe zu E
Wenn Feld 38 = 0, 2, 3, gehe zu Feld 42

Wenn Feld 38= 4:

39 Beginn der i.v.Lyse Datum
TT.MM.JJJJ . .

40 Beginn der i.v.Lyse Uhrzeit
hh:mm :

41 Wer stellte die Lyse-Indikation?
1 = Arzt vor Ort
2 = Telekonsiliar

B Thrombektomie

42 Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion
0 = nein
1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme
2 = vor Aufnahme erfolgt
3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt
4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)

Wenn Feld 42= 1, gehe zu E,
wenn Feld 42= 0, 3, gehe zu C,
wenn Feld 42= 2, gehe zu Frage 45

wenn Feld 42= 4:

43 Intrakranielle Gefäßdarstellung Datum
TT.MM.JJJJ . .

44 Intrakranielle Gefäßdarstellung Uhrzeit
hh:mm :

Wenn Feld 42= 2 oder 4:
Dem Akutereignis zugrunde liegender proximalster Gefäßverschluss:

45 Verschluss Carotis-T
0=nein
1 = ja

46 Verschluss M1
0=nein
1 = ja

47 Verschluss M2
0=nein
1 = ja

48 Verschluss BA
0=nein
1 = ja

49 Sonstiger Verschluss
0=nein
1 = ja

wenn Feld 45-49=0 UND Feld 29 = 2, gehe zu E;
wenn Feld 45-49=0 UND Feld 29 = 0 oder 1, gehe zu C;

Wenn Feld 45, 46, 47, 48 oder 49=1:

50 Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation)
0 = nein
1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme
2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt
3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort mit eigenem Personal durchgeführt)
4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort mit drive the doctor durchgeführt)

Wenn Feld 50= 1, gehe zu E;
Wenn Feld 50= 0, 2, gehe zu C

Wenn Feld 50= 3 oder 4:

51 Punktion der Leiste - Datum
TT.MM.JJJJ . .

52 Punktion der Leiste - Uhrzeit
hh:mm :

53 Erfolgreiche Rekanalisation TICI IIb bis III
0 = nein
1 = ja

54 Komplikation Hirnarterienembolie
0 = nein
1 = ja

C Verlauf

Zeitpunkt des Beginns regelmäßiger Therapie oder Erstbewertung durch Therapeuten nach (Wieder-)Aufnahme

55 Physiotherapie
0 = nein
1 = < 24 h
2 = 24 - 48 h
3 = 48 h – Ende Tag 7

56 Ergotherapie
0 = nein
1 = < 24 h
2 = 24 - 48 h
3 = 48 h – Ende Tag 7
9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich

57 Logopädie
0 = nein
1 = < 24 h
2 = 24 - 48 h
3 = 48 h – Ende Tag 7
9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich

58 Diabetes mellitus
0 = nein
1 = ja

59 Vorhofflimmern
0 = nein / unbekannt
1 = ja, vorbekannt
2 = ja, neu diagnostiziert

wenn Feld 59 = 0:

60 Rhythmusdiagnostik bei nicht bekanntem VHF (Langzeit-EKG / ICM / strukturierte Auswertung des Monitorings nach definiertem Prozess)
0 = nein
1 = ja, während aktuellem Aufenthalt
2 = ja, empfohlen

61 Hypertonie
0 = nein
1 = ja

62 TTE / TEE
0 = nein
1 = ja, nur TTE
2 = ja, nur TEE
3 = ja, TTE und TEE

63 Hirngefäßdiagnostik extrakraniell
0 = nein
1 = ja, < 24 h nach Aufnahme
2 = ja, >= 24 h nach Aufnahme
3 = extern vor Aufnahme erfolgt

64 symptomatische ipsilaterale extrakranielle Stenose (NASCET) der ACI
0 = nein
1 = < 50% (geringgradig)
2 = 50% bis < 70% (mittelgradig)
3 = 70% bis < 100% (hochgradig)
4 = Verschluss (100%)
9 = nicht untersucht / kein Befund vorliegend

wenn Feld 64 = 2 oder 3:

65 Revaskularisation der ACI
veranlasst
0 = nein
1 = verlegt (extern) zur Operation oder zum Stenting
2 = Operation/ Stenting während des dokumentierten Aufenthaltes
9 = Sonstiges

66 Komplikationen PNEU oder ICB
0 = nein
1 = ja

wenn Feld 66 = 1:

67 nosokomiale Pneumonie
0 = nein
1 = ja

68 Sekundäre intracerebrale Blutung
0 = nein
1 = ja

69 Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen?
0 = nein
1 = ja

Wenn Feld 16=1 oder Feld 69=1:

D Palliativfragen

70 Datum der Entscheidung zur palliativen Zielsetzung in der Klinik:
TT.MM.JJJJ . .

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

71 Grund der Entscheidung zur palliativen Zielsetzung?

- 1 = Fehlende medizinische Indikation zu kurativen Maßnahmen
2 = (mutmaßlicher) Wille des Patienten

72 Wurde Ihrem Vorgehen bei diesem Patienten ein klinikinterner Standard zur palliativen Versorgung zugrunde gelegt?

- 0 = nein
1 = ja

E Entlassung / Verlegung

73 Entlassungsdatum

TT.MM.JJJJ . .

74 Entlassungs- / Verlegungsdiagnose

ICD-10 Einschlussdiagnose .
(siehe Anlage 3.1 und 3.2)

75 Entlassungsgrund

§ 301-Vereinbarung
(siehe Anlage 4)

**Wenn Feld 75 ≠ 7 UND Feld 29 ≠ 2
UND Felder 16 UND 69 = 0:**

76 Bewusstseinslage bei Entlassung

- 1 = wach
2 = somnolent / soporös
3 = komatös

77 Rankin-Scale bei Entlassung ^①

78 Antikoagulation einschließlich Empfehlung im Entlassbrief

- 0 = nein
1 = ja, Vitamin-K-Antagonisten
2 = ja, DOAK (direkte orale Antikoagulantien)

79 Statingabe einschließlich Empfehlung im Entlassbrief

- 0 = nein
1 = ja

**wenn Feld 75 ≠ 6, 7, 8, 9 oder 11 UND
Feld 29 ≠ 2 UND Felder 16 UND 69 = 0:**

80 Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst

- 0 = nein
1 = ja

① Behinderung (Adapted Rankin-Scale)

(Feld 78)

0 = keine Symptome

keinerlei Symptome, kann alle gewohnten Arbeiten verrichten

1 = keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptome

kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten trotz Symptome verrichten

2 = geringgradig

unfähig, alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage, die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen

3 = mäßiggradig

bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage ohne Hilfe zu gehen

4 = mittelschwer

unfähig, ohne Hilfe zu gehen und unfähig, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen

5 = schwer

bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit

6 = Tod