

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 Aufnahmedatum

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 74-76, nicht der Pflegebogen

Aufnahme

13 Aufnahmeeeinheit

- 1 = Allgemeinstation
2 = Intensivstation
3 = Schlaganfalleinheit lt. Konzeption BaWü
4 = nur Notaufnahme mit direkter Verlegung in andere Klinik

Wenn Feld 13 ≠ 3:

14 Fand während des Aufenthaltes eine Behandlung auf einer ausgewiesenen Schlaganfalleinheit Ihres Krankenhauses statt?

- 0 = nein
1 = ja

15 Rankin-Scale bei Aufnahme ①

16 NIH Stroke Scale

(siehe Anlage 2.1 und 2.2)

17 Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?

- 0 = nein
1 = ja

Wenn Feld 17=1, gehe zu D, ansonsten gehe zu Frage 18 (Pflegebogen ist jeweils auszufüllen)

18 Schlaganfalldatum

19 Uhrzeit

wenn Feld 18 und 19 unbekannt:

20 Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme

- 0 = ≤ 3 h
1 = > 3 – 4 h
2 = > 4 – 5 h
3 = > 5 – 24 h
4 = > 24 – 48 h
5 = > 48 h
6 = in-house-stroke
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 Paresen

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

25 Sprachstörung

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

26 Sprechstörung

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

27 Bildgebung zum Ausschluss Blutung (CCT/ MRT)

- 0 = nicht erfolgt
1 = vor Aufnahme
2 = nach Aufnahme

wenn Feld 27 =2:

28 Datum Bildgebung

29 Uhrzeit Bildgebung

30 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 30=2 ist der Pflegebogen nicht auszufüllen

wenn Feld 30= 1 oder 2:

31 Verlegung Datum

32 Verlegung Uhrzeit

33 Verlegungsgrund

- 1 = akute Thrombektomie (intrakraniell)
2 = Thrombektomie (extrakraniell) / Revaskularisation der ACI im Verlauf
3 = neurochirurgische Intervention bei Blutung
4 = Intervention bei raumforderndem Insult
5 = ~~Lyse~~-internistische Komplikation
6 = keine eigene Stroke Unit
7 = fehlende Bettenkapazität
8 = Sonstiges

Wenn Feld 33= 8:

34 Konkretisierung von „Sonstiges“

Wenn Feld 21=4 oder 5 oder Feld 30=1oder2:

35 optional: Verlegungsnummer des Patienten

36 Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?

- 0 = nein
1 = ja

wenn Feld 36= 1:

37 Teleneurologisches Konsil Datum

38 Teleneurologisches Konsil Uhrzeit

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

Wenn **Feld 1** Ereignis – Aufnahme >48h
UND Feld **21** =4, gehe zu C, ansonsten
gehe zu A

A Lysetherapie

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

Wenn Feld **39** = 1, gehe zu E
Wenn Feld **39** = 0, 2, 3, gehe zu Feld **43**

Wenn Feld **39** = 4:

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

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

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

B Thrombektomie

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

Wenn Feld **43** = 1, gehe zu E,
wenn Feld **43** = 0, 3, gehe zu C
wenn Feld **43** = 2, gehe zu Frage **46**

wenn Feld **43** = 4:

44 Intrakranielle Gefäßdarstellung
Datum
TT.MM.JJJJ

45 Intrakranielle Gefäßdarstellung
Uhrzeit
hh:mm

Wenn Feld **43** = 2 oder 4:
Dem Akutereignis zugrunde liegender
proximalster Gefäßverschluss:

46 Verschluss Carotis-T ☐
0=nein
1 = ja

47 Verschluss M1 ☐
0=nein
1 = ja

48 Verschluss M2 ☐
0=nein
1 = ja

49 Verschluss BA ☐
0=nein
1 = ja

50 Sonstiger Verschluss ☐
0=nein
1 = ja

wenn Feld **46-50**=0 UND Feld **30** = 2, gehe zu E;
wenn Feld **46-50**=0 UND Feld **30** = 0 oder 1, gehe zu C;

Wenn Feld **46, 47, 48, 49** oder **50**=1:

51 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 durchgeführt)

Wenn Feld **51** = 1, gehe zu E;
Wenn Feld **51** = 0, 2, gehe zu C

Wenn Feld **51** = 3:

52 Punktion der Leiste - Datum
TT.MM.JJJJ

53 Punktion der Leiste - Uhrzeit
hh:mm

54 Erfolgreiche Rekanalisation
TICI IIb oder III ☐
0 = nein
1 = ja

C Verlauf

Zeitpunkt des Beginns regelmäßiger
Therapie oder Erstbewertung durch
Therapeuten nach 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 ☐
0 = nein
1 = ja

wenn Feld **66** = 1:

67 nosokomiale Pneumonie ☐
0 = nein
1 = ja

68 Sekundäre intracerebrale Blutung ☐
0 = nein
1 = ja

69 Hirnarterienembolie ☐
0 = nein
1 = ja

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

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

Wenn Feld 17=1 oder Feld 70=1:

D Palliativfragen

- 71 Datum der Entscheidung zur palliativen Zielsetzung in der Klinik:
TT.MM.JJJJ
- 72 Grund der Entscheidung zur palliativen Zielsetzung? ☐
1 = Fehlende medizinische Indikation zu kurativen Maßnahmen
2 = (mutmaßlicher) Wille des Patienten
- 73 Wurde Ihrem Vorgehen bei diesem Patienten ein klinikinterner Standard zur palliativen Versorgung zugrunde gelegt? ☐
0 = nein
1 = ja

E Entlassung / Verlegung

- 74 Entlassungsdatum
TT.MM.JJJJ
- 75 Entlassungs- / Verlegungsdiagnose
ICD-10 Einschlussdiagnose
(siehe Anlage 3.1 und 3.2)
- 76 Entlassungsgrund
§ 301-Vereinbarung ☐ ☐
(siehe Anlage 4)

Wenn Feld 76 ≠ 7 UND Feld 30 ≠ 2
UND Felder 17 UND 70 = 0:

- 77 Bewusstseinslage bei Entlassung ☐
1 = wach
2 = somnolent / soporös
3 = komatös
- 78 Rankin-Scale bei Entlassung^① ☐
- 79 Antikoagulation einschließlich Empfehlung im Entlassbrief ☐
0 = nein
1 = ja, Vitamin-K-Antagonisten
2 = ja, DOAK (direkte orale Antikoagulantien)
- 80 Sekundärprophylaxe mit Statinen bei Entlassung ☐
0 = nein
1 = ja

wenn Feld 76 ≠ 6, 7, 8, 9 oder 11 UND
Feld 30 ≠ 2 UND Felder 17 UND 70 = 0:

- 81 Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst (§40 SGB V)
0 = nein
1 = ja ☐

- ① **Behinderung (Rankin-Scale)**
(Feld 15 und 78)
0 = keine Symptome
keinerlei Symptome, kann alle gewohnten Arbeiten verrichten
1 = keine wesentlichen Funktions-einschränkungen 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