

Muster - Dokumentationsbogen Schlaganfall Berlin 2012

Berliner Schlaganfallregister



Basis	
Zentrums - Nr.	_____
Patientenidentifikation	

Aufnahmedatum Krankenhaus	
TT.MM.JJJJ	

Geburtsdatum	
TT.MM.JJJJ	

Geschlecht	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	
Versorgungssituation vor Akutereignis	
unabhängig zu Hause	<input type="checkbox"/>
Pflege zu Hause	<input type="checkbox"/>
Pflege in Institution	<input type="checkbox"/>
Transport in behandelndes Krankenhaus	
Notarztwagen	<input type="checkbox"/>
Rettungswagen	<input type="checkbox"/>
Selbst	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (z.B. int. Verlegung)	<input type="checkbox"/>
Veranlassung der Krankenhauseinweisung	
Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/>
Stationär vorbehandelt	<input type="checkbox"/>
Selbst	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Aufnahmestation im Krankenhaus	
Stroke Unit	<input type="checkbox"/>
Intensivstation	<input type="checkbox"/>
Normalstation	<input type="checkbox"/>
sonstige Station	<input type="checkbox"/>
Aufenthalt auf Stroke Unit	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- wenn Aufenthalt auf Stroke Unit	
Aufnahmedatum Stroke Unit	
TT.MM.JJJJ	

Entlassdatum Stroke Unit	
TT.MM.JJJJ	

Anamnese / Diagnostik	
Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme:	
≤ 1 h	<input type="checkbox"/>
1 - 2 h	<input type="checkbox"/>
2 - 3 h	<input type="checkbox"/>
3 - 3.5 h	<input type="checkbox"/>
3.5 - 4 h	<input type="checkbox"/>
4 - 6 h	<input type="checkbox"/>
6 - 24 h	<input type="checkbox"/>
24 - 48 h	<input type="checkbox"/>
> 48 h	<input type="checkbox"/>
unbekannt	<input type="checkbox"/>

Symptome bei Aufnahme:	ja	nein	nicht bestimmbar
Motorische Ausfälle			
(obere od. untere Extremität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprechstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewusstsein			
wach		<input type="checkbox"/>	
somolent / stuporös		<input type="checkbox"/>	
komatös		<input type="checkbox"/>	
Dauer der Symptomatik:			
< 1 h		<input type="checkbox"/>	
1 - 24 h		<input type="checkbox"/>	
> 24 h		<input type="checkbox"/>	
ICD-10 Diagnose akutes Ereignis: _____			
Ätiologie Hirninfarkt (Toast-Kriterien)			
kein Hirninfarkt		<input type="checkbox"/>	
Large artery atherosclerosis		<input type="checkbox"/>	
Cardioembolism		<input type="checkbox"/>	
Small artery occlusion		<input type="checkbox"/>	
Other cause		<input type="checkbox"/>	
Undefined cause		<input type="checkbox"/>	
Concurrent aetiology		<input type="checkbox"/>	
Komorbidität:			
	ja		nein
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Früherer Schlaganfall	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Rankin Skala:			
	≤ 24 h nach Aufnahme		Bei Entlassung
keine Symptome	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
keine wesentl. Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
geringe Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
mässige Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
mittelschwere Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
schwere Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tod			<input type="checkbox"/>
Barthel-Index:			
	≤ 24 h nach Aufnahme		Bei Entlassung
Blasenkontrolle			
kontinent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
gelegentlicher Verlust	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
inkontinent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lagewechsel Bett/Stuhl			
vollständig selbständig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
grosse Unterstützung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
vollständig abhängig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fortbewegung			
vollständig selbständig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
grosse Unterstützung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
vollständig abhängig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



NIH Stroke Scale bei Aufnahme: _____			
Diagnostik			
	ja	nein	
CCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frische Läsion in Bildgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Zeitintervall Aufnahme bis erste Bildgebung</u>			
≤ 30 min		<input type="checkbox"/>	
30 - 60 min		<input type="checkbox"/>	
1 - 3 h		<input type="checkbox"/>	
3 - 6 h		<input type="checkbox"/>	
> 6 h		<input type="checkbox"/>	
Bildgebung vor Aufnahme erfolgt		<input type="checkbox"/>	
keine Bildgebung		<input type="checkbox"/>	
Schlucktest nach Protokoll			
	ja	nein	nicht durchführbar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirngefäßdiagnostik			
	ja	nein	
Extrakraniell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intrakraniell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ipsilaterale ACI-Stenose ≥ 70%:			
	ja	nein	nicht untersucht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wenn ACI-Stenose ≥ 70%: Operative Revaskularisation veranlasst oder empfohlen:			
Nein		<input type="checkbox"/>	
Verlegt zur Operation		<input type="checkbox"/>	
Verlegt zum Stenting		<input type="checkbox"/>	
Operation während aktuellem Aufenthalt		<input type="checkbox"/>	
Stenting während aktuellem Aufenthalt		<input type="checkbox"/>	
Sonstiges		<input type="checkbox"/>	
Therapie			
	ja	nein	
Antikoagulation (Marcumar/Heparin) einschl. Empfehlung im Entlassungsbrief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombozytenaggregationshemmer innerhalb 48 h nach Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombozytenaggregationshemmer bei Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sekundärprophylaxe:			
	ja	nein	
Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antidiabetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Statine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombolysse			
	ja	nein	
Intravenöse Lyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intraarterielle Lyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Zeitintervall Aufnahme bis Beginn Thrombolysse</u>			
keine Lyse durchgeführt		<input type="checkbox"/>	
≤ 30 min		<input type="checkbox"/>	
30 - 60 min		<input type="checkbox"/>	
1 - 2 h		<input type="checkbox"/>	
2 - 3 h		<input type="checkbox"/>	
3 - 4 h		<input type="checkbox"/>	
4 - 6 h		<input type="checkbox"/>	
> 6 h		<input type="checkbox"/>	
Lyse vor Aufnahme begonnen		<input type="checkbox"/>	

Rehabilitation			
	nein	≤ Tag 2 nach Aufnahme	> Tag 2 nach Aufnahme
Physio-/Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikationen			
Komplikationen		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie		<input type="checkbox"/>	
erhöhter Hirndruck		<input type="checkbox"/>	
intrazerebrale Blutung		<input type="checkbox"/>	
Reinfarkt		<input type="checkbox"/>	
Epileptischer Anfall		<input type="checkbox"/>	
Thrombose/Lungenembolie		<input type="checkbox"/>	
Harnwegsinfektion		<input type="checkbox"/>	
sonstige Komplikationen		<input type="checkbox"/>	
Information Patienten und Angehörige vor Entlassung			
		ja	nein
durch Arzt zu Krankheitsverlauf / Prävention		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Sozialdienst / Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlassungsdatum Krankenhaus			
TT.MM.JJJJ _____ . _____ . _____			
Entlassung / Verlegung			
nach Hause			<input type="checkbox"/>
Verlegung externe (Akut) Klinik			<input type="checkbox"/>
Pflegeeinrichtung			<input type="checkbox"/>
Patient verstorben			<input type="checkbox"/>
Rehabilitationseinrichtung			<input type="checkbox"/>
- wenn nicht Rehabilitationseinrichtung o. Patient verstorben:			
Rehabilitation nach Entlassung aus Akutbehandlung veranlasst/geplant:			
keine Reha geplant			<input type="checkbox"/>
Reha Phase B			<input type="checkbox"/>
Reha Phase C			<input type="checkbox"/>
Reha Phase D-stationär			<input type="checkbox"/>
Reha Phase D-amb./teilstat.			<input type="checkbox"/>
Geriatrische Reha			<input type="checkbox"/>
Sonstige Reha			<input type="checkbox"/>