

TraumaRegister Österreich - BogenRevision V2025

Das TraumaRegister Österreich der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU) konnte 2023 etabliert werden und entspricht überwiegend dem Standardbogen des TraumaRegister DGU® (TR-DGU), damit eine internationale Vergleichbarkeit weiterhin möglich ist.

Der Datensatz des TR-DGU wird alle fünf Jahre einer Revision unterzogen, der sogenannten BogenRevision. Die BogenRevision wird vom Arbeitskreis TraumaRegister der Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) erarbeitet, um die Qualitätssicherung und die medizinischen Parameter an aktuelle Entwicklungen in der Schwerverletztenversorgung anzupassen.

In diesem Zusammenhang wird auch der Datensatz des TraumaRegister Österreich (TR-ÖGU) aktualisiert. Die überarbeiteten Erhebungsbögen in der Version V2025 werden am 15. April 2025 freigeschaltet und ab diesem Zeitpunkt für die Eingabe neuer Fälle in der AUC Registerplattform verwendet.

Im Folgenden werden die einzelnen Änderungen der Variablen aufgelistet. Nähere Informationen zu einzelnen Variablen sind im „Leitfaden zum Ausfüllen des Erhebungsbogens des TraumaRegisters Österreich, Version 1.1 für V2025“ beschrieben.

Inhalt

Änderungen in der Benutzeroberfläche (AUC Registerplattform)	2
Bogen S: Stammdaten	3
Bogen A: Präklinik	4
Bogen B: SR-/OP-Phase	6
Bogen C: Intensiv- / Überwachungsstation	9
Bogen D: Abschluss	10



Änderungen in der Benutzeroberfläche (AUC Registerplattform)

Zeitangaben können nun einfacher im TR-ÖGU dokumentiert werden. Das zugehörige Datum wird nun automatisch vorausgefüllt und kann mit einem Klick übernommen werden, wie im nachfolgenden Beispiel:

- 1) Das erste Datum im Bogen muss ausgefüllt werden, im Bogen B ist es das Aufnahmezeitpunkt im Schockraum.


Aufnahme im Schockraum

Aufnahmezeitpunkt


01.01.2025 	10:00 
--	---

- 2) Sobald eine Zeitangabe erfasst werden soll, ist das Datum bereits hinterlegt. Mit Klick auf die Schaltfläche „Übernehmen“, ist das Datum gespeichert und Sie können die Uhrzeit eingeben. Falls nötig, können Sie das Datum manuell wieder ändern.

Röntgen

	k.A.	Nein	Ja
Röntgen Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Durchführung Röntgen Thorax ?	01.01.2025 	Übernehmen 	

Röntgen

	k.A.	Nein	Ja
Röntgen Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Durchführung Röntgen Thorax	01.01.2025 	<input type="radio"/>	12:00 

Andere Ansicht

In der AUC Registerplattform werden manche Fragen nun untereinander gruppiert, wie z.B hier:

Medikamentöse Gerinnungstherapie

		k.A.	Nein	Ja
Tranexamsäure ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinogen ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PPSB ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalzium ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOAK-Antidot ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Reihenfolge im Bogen B: SR-/OP-Phase wurde darüber hinaus teilweise geändert.

Bogen S: Stammdaten

S: Stammdaten		Patienten-ID: _____	Interne Bemerkung: _____
Unfallzeitpunkt: Datum _____.____.20 Uhrzeit ____:____ Uhr		Unfall-Anamnese <u>Ursache</u> <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Verdacht auf Gewaltverbrechen <input type="checkbox"/> Verdacht auf Suizid <u>Arbeitsunfall</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Patientenalter am Unfalltag Geburtsdatum: _____.____.20 Wenn Geburtsdatum unbekannt, geschätztes Alter: _____ Jahre		<u>Unfallmechanismus</u> <input type="checkbox"/> stumpf <input type="checkbox"/> penetrierend <u>Unfallort heimatnah?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers Wenn weiblich, besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt		Unfallart <u>Verkehr</u> <input type="checkbox"/> PKW-Insasse <input type="checkbox"/> LKW-Insasse <input type="checkbox"/> Bus-Insasse <input type="checkbox"/> Motorradfahrer/-sozius <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> unterstütztes Fahrrad <input type="checkbox"/> E-Scooter <input type="checkbox"/> Fußgänger angefahren <input type="checkbox"/> Sonstiger Verkehrsunfall _____ <u>Wenn Unfall mit Motorrad, Fahrrad oder E-Scooter, Helm getragen?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	
Gesundheitszustand vor Unfall <u>ASA vor Unfall</u> <input type="checkbox"/> 1 – gesund <input type="checkbox"/> 2 – leichte Einschränkungen <input type="checkbox"/> 3 – schwere systemische Erkrankung <input type="checkbox"/> 4 – lebensbedrohliche Allgemeinerkrankung <u>Wenn Alter ≥ 65 Jahre: Clinical Frailty Scale</u> <input type="checkbox"/> 1 – Sehr fit <input type="checkbox"/> 6 – Mittelgradig fragil <input type="checkbox"/> 2 – Durchschnittlich aktiv <input type="checkbox"/> 7 – Ausgeprägt fragil <input type="checkbox"/> 3 – Gut zurechtkommend <input type="checkbox"/> 8 – Extrem fragil <input type="checkbox"/> 4 – Vulnerabel <input type="checkbox"/> 9 – Terminal erkrankt <input type="checkbox"/> 5 – Geringgradig fragil		<u>Sonstige</u> <input type="checkbox"/> Schlagverletzung <input type="checkbox"/> Schussverletzung <input type="checkbox"/> Stichverletzung <input type="checkbox"/> Explosion / Verpuffung <input type="checkbox"/> Verschüttung <input type="checkbox"/> andere Unfallart _____ <u>Sport – Alpin</u> <input type="checkbox"/> Piste <input type="checkbox"/> Skitour <input type="checkbox"/> Lawine <input type="checkbox"/> Mountainbike <input type="checkbox"/> Downhill <input type="checkbox"/> Bergwandern <input type="checkbox"/> Klettern <input type="checkbox"/> Wassersport <input type="checkbox"/> Reiten	
<u>Antikoagulation?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Vitamin K-Antagonisten <input type="checkbox"/> DOAK (<input type="checkbox"/> Thrombinhemmer <input type="checkbox"/> FXa-Hemmer)		<u>Sturz</u> <input type="checkbox"/> Sturz mit Fallhöhe > 3m <input type="checkbox"/> Sturz mit Fallhöhe ≤ 3 m <input type="checkbox"/> ebenerdiger Sturz	
<u>Blutungsanamnese positiv</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt		<u>Zuverlegt?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Klinik angeben) _____ _____	

Unfallzeitpunkt

- Das Unfalldatum wird nun als erste Variable abgefragt

Gesundheitszustand vor Unfall

- Bei einem Alter >= 65 Jahre: Clinical Frailty Scale
- Antikoagulation – Bei Auswahl DOAK- näher spezifizieren

Unfallart

- Bei Unfall mit Motorrad/ Fahrrad oder E-Scooter – Helm getragen?

Bogen A: Präklinik

A1: Präklinik																																																								
Rettungszeiten Erste Alarmierung _____:____ Uhr Ankunft 1. Rettungsmittel Unfallstelle _____:____ Uhr Transportbeginn mit Patienten _____:____ Uhr		Vitalzeichen bei Eintreffen des Rettungsmittels Atemfrequenz (spontan) _____/min Sauerstoffsättigung (SpO2) _____% Blutdruck (systolisch) _____mmHg Herzfrequenz _____/min Laktat _____mmol/l																																																						
Notarzt vor Ort: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Transport: <input type="checkbox"/> bodengebunden mit NA <input type="checkbox"/> bodengebunden ohne NA <input type="checkbox"/> NAH <input type="checkbox"/> privat / selbst		(E)FAST Sonographie durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Freie Flüssigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pneumothorax? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																						
Nachforderung NAH: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Telenotärztliche Konsultation: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja MANV: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Verletzte Körperregion <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																						
Glasgow Coma Scale <table border="0"> <thead> <tr> <th>Augenöffnen</th> <th>Verbale Antwort</th> <th>Motorische Antwort</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>		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)	<table border="0"> <tr> <td>Schädel-Hirn</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="7"> Wenn WS verletzt: <u>Neurologische Ausfälle?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Parese <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> Plegie <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS </td> </tr> <tr> <td>Gesicht</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Thorax</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wirbelsäule</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Becken</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obere Extremitäten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Untere Extremitäten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Weichteile</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn WS verletzt: <u>Neurologische Ausfälle?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Parese <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> Plegie <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS	Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)																																																						
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn WS verletzt: <u>Neurologische Ausfälle?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Parese <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> Plegie <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS																																																					
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Pupillenweite normal (0) Anisokorie (1) beidseits weit (2)		Lichtreaktion spontan (0) verzögert (1) lichtstarr (3)																																																						
		Blut- und Volumengabe Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten Kristalloide _____ ml Kolloide _____ ml																																																						

Rettung

- Notärztliche Behandlung am Unfallort = Notarzt vor Ort
- Telenotärztliche Konsultation

Vitalzeichen

- Messung Laktat

Verletzte Körperregionen

- Verletzungen = Verletzte Körperregion
- Angabe Verletzte Körperregion nur noch Ja/Nein statt ● keine/leicht/mittel/schwer und ● geschlossen/offen

Blut- und Volumengabe

- Einheiten Bluttransfusion (EK)

A2: Präklinik (Fortsetzung)

Patienten-ID: _____

Therapie	nein	ja	Schockraumanmeldung (Alarmierungskriterien)	
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Unfallhergang</u>	<u>Verletzung</u>
<i>Wenn ja: Kapnometrie durchgeführt?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Sturz aus > 3m Höhe	<input type="checkbox"/> Instabiler Thorax
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall mit Ejektion	<input type="checkbox"/> Penetrierende Verletzungen Rumpf-Hals-Region
Supraglottische Atemwegshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall mit Fraktur langer Röhrenknochen	<input type="checkbox"/> Mechanisch instabile Beckenverletzung
Videolaryngoskopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Vitalfunktionsstörung</u>	<input type="checkbox"/> Amputationsverletzung proximal der Hände / Füße
HWS-Immobilisierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> A/B-Problem	<input type="checkbox"/> Sensomotorisches Defizit nach Wirbelsäulenverletzung
Nadeldekompression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> C-Problem	<input type="checkbox"/> Frakturen von ≥ 2 proximalen großen Röhrenknochen
Chirurgische Entlastung Thoraxhöhle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> D-Problem	<input type="checkbox"/> Verbrennungen > 20% und Grad ≥ 2b
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> E-Problem	<u>Besondere Situation</u>
Tourniquet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Intervention</u>	<input type="checkbox"/> Geriatrischer Patient
IO-Zugang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Atemwegssicherung	<input type="checkbox"/> Providerentscheidung
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Thoraxentlastung	
Peri-Arrest-Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Pericardiozentese	
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Katecholamingabe	
Katecholamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Anlage Tourniquet	
Analgosedierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Therapie

- Kapnometrie wird nur noch erfasst, wenn endotracheal intubiert
- Alternative Atemwegssicherung = Supraglottische Atemwegshilfe
- Thoraxdrainage = Chirurgische Entlastung Thoraxhöhle

Schockraumalarmierungskriterien

- Mehrfachauswahl zwischen Unfallhergang / Vitalfunktionsstörung / Intervention / Verletzung / Besondere Situation (statt ● Indikation Schockraum im Bogen B)

Bogen B: SR-/OP-Phase

B1: SR-/OP-Phase			
Aufnahme		Labor	
Datum _____.____.20____ Uhrzeit ____:____ Uhr		Hämoglobin	_____ g/dl oder mmol/l*
Vitalzeichen		Thrombozytenzahl	_____ / μ l oder gpt/l*
Atemfrequenz (spontan)	_____ /min	INR	_____ [ohne Einheit]
Sauerstoffsättigung (SpO ₂)	_____ %	Base Excess (-/+)	_____ mmol/l
Blutdruck (systolisch)	_____ mmHg	Laktat	_____ mg/dl oder mmol/l*
Herzfrequenz	_____ /min	Blutzucker	_____ mmol/l oder mg/dl*
Temperatur	_____ °C	Ethanol (Plasma)	_____ μ mol/l, mg/dl oder %.*
Atmung		Fibrinogen	_____ μ mol/l oder g/dl*
Bereits bei Ankunft beatmet?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Diagnostik	nein ja Uhrzeit
Wenn beatmet: FiO ₂	_____ % oder Dezimalwert*	FAST / eFAST	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
PaO ₂	_____ mmHg oder kPa*	Intraabdominell freie Flüssigkeit?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wenn nicht beatmet: Sauerstoffgabe?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____ l/min	Röntgen Thorax	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
Glasgow Coma Scale		Röntgen Becken	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
<u>Augenöffnen</u>	<u>Verbale Antwort</u>	Röntgen Wirbelsäule	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
spontan (4)	orientiert (5)	Ganzkörper-CT (inkl. cCT)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
auf Geräusch (3)	verwirrt (4)	Selektives CT	
auf Druck (2)	Wörter (3)	Kopf	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
nicht vorhanden (1)	Laute (2)	HWS	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
nicht beurteilbar (NT)	keine (1)	Thorax mit BWS	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
	nicht beurteilbar (NT)	Abdomen/LWS/Becken	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
		Extremitäten	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
Pupillenweite	Lichtreaktion	MRT	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:____ Uhr
normal (0)	spontan (0)	Wurde Teleradiologie genutzt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Anisokorie (1)	verzögert (1)		
beidseits weit (2)	lichtstarr (3)		

Indikation Schockraum

- Indikation Schockraum wird hier nicht mehr erfasst (● jetzt im Bogen A: Schockraumalarmierungskriterien)

Vitalzeichen

- Wenn nicht beatmet – Sauerstoffgabe *

Labor

- Laktat *
- TPZ (Quick) wird nicht mehr erfasst
- PTT wird nicht mehr erfasst

Diagnostik

- Freie Flüssigkeit bei FAST = intrabdominell freie Flüssigkeit *

B2: SR-/OP-Phase (Fortsetzung)				Patienten-ID: _____				
Volumengabe	Schockraum	OP-Phase		Therapie Schockraum	nein	ja	Revision	beendet
Kristalloide	_____ ml	_____ ml		Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kolloide	_____ ml	_____ ml		Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hämostase-Therapie	Schockraum	OP-Phase		Thoraxdrainage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluttransfusion (EK)	_____ Einheiten	_____		Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Zeit erste EK-Gabe	____:____ Uhr			Perikardpunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Frischplasma	_____ Einheiten ml*	_____		HWS-Immobilisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefriergetrocknetes Plasma	_____ Einheiten ml*	_____		Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombozytenkonzentrat	_____ Einheiten ml*	_____		Tourniquet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerinnungsdiagnostik		nein	ja	Operative Notfalleingriffe bis Aufnahme ICU / Überwachungsstation	nein	ja	Schnittzeit	
Klinischer Hinweis auf Gerinnungsstörung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Operative Hirndruckentlastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
ROTEM durchgeführt?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laminektomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
ROTEM path. Befund:				Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
<input type="radio"/> Extem-CT	<input type="radio"/> Extem-MCF	<input type="radio"/> Fibtem-A10		Peri-Arrest-Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Medikamentöse Gerinnungstherapie	nein	ja	Wenn ja	Laparotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1g <input type="radio"/> 2g <input type="radio"/> 3g <input type="radio"/> ≥4g	Revaskularisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1g <input type="radio"/> 2g <input type="radio"/> 3g <input type="radio"/> ≥4g	Embolisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
DOAK-Antidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Idarucizumab <input type="radio"/> Andexanet alfa	REBOA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Übergeordnetes Therapiekonzept				Stabilisierung Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Damage-Control-Konzept	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		Externe Stabilisation Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Weiterversorgung				Escharotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Ende SR-Versorgung	Uhrzeit:	____:____ Uhr		Dermatofasziotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr	
Weiterverlegung aus SR	Uhrzeit:	____:____ Uhr						
		<input type="radio"/> OP	<input type="radio"/> Intensiv-/Überwachungsstation		<input type="radio"/> Normalstation			
		<input type="radio"/> Tod im SR	<input type="radio"/> anderes Krankenhaus		<input type="radio"/> Sonstiges _____			

Hämostase-Therapie

- Gefriergetrocknetes Plasma im SR und in OP-Phase

Therapie Schockraum

- Endotracheale Intubation mit neuen Ausprägungen Revision/beendet
- Thoraxdrainage mit neuen Ausprägungen Revision/beendet
- HWS-Immobilisation
- Beckengurt mit neuen Ausprägungen Revision/ beendet
- Tourniquet
- Aktives Wärmemanagement

Medikamentöse Gerinnungstherapie

- Zeit erste Gabe Tranexamsäure und Fibrinogen wird nicht mehr erfasst
- Wenn Tranexamsäure – Dosis angeben
- Wenn Fibrinogen – Dosis angeben
- Wenn DOAK – Antidot angeben

● NEU ● Umbenannt ● Gelöscht ● Ansicht Online-Maske

Operative Notfalleingriffe bis Aufnahme ICU / Überwachungsstation

- Peri-Arrest-Thorakotomie inkl. Uhrzeit

Übergeordnetes Therapiekonzept

- Damage-Control-Konzept *

Weiterversorgung

- Uhrzeit Ende SR-Versorgung *
- Weiterverlegung aus SR mit neuer Ausprägung Normalstation

● NEU ● Umbenannt ● Gelöscht ● Ansicht Online-Maske

Bogen C: Intensiv- / Überwachungsstation

C1: Intensiv- /Überwachungsstation			
Aufnahme: Datum ____ . ____ .20____ Uhrzeit ____:____ Uhr Ungeplante (Wieder-)Aufnahme auf ICU/ Überwachungsstation? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Datum: ____ . ____ .20____		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"/> _____	
Labor/ Vitalwerte Hämoglobin _____ g/dl oder mmol/l* Thrombozytenzahl _____ /µl oder gpt/l* INR _____ [ohne Einheit] Laktat _____ mg/dl oder mmol/l* Fibrinogen _____ µmol/l oder g/dl* Temperatur _____ °C		Hämostase-Therapie <i>Auf Intensivstation bis max. 24 h nach Aufnahme im Schockraum</i> Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten Frischplasma _____ Einheiten oder ml* Gefriergetrocknetes Plasma _____ Einheiten oder ml* Thrombozytenkonzentrat _____ Einheiten oder ml* Therapie Nierenersatzverfahren <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja EMCO (Extrakorporaler Lungensupport) <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Aufnahme

- Ungeplante (Wieder-)Aufnahme auf ICU/Überwachungsstation

Labor/ Vitalwerte

- Laktat *
- TPZ (Quick) wird nicht mehr erfasst
- PTT wird nicht mehr erfasst
- Base Excess wird nicht mehr erfasst

Hämostase-Therapie

- Nur Gaben auf Intensivstation bis max. 24 h nach Aufnahme im SR erfassen und ● nicht mehr innerhalb 48 h nach Aufnahme auf ICU
- Gefriergetrocknetes Plasma

C2: Intensiv- /Überwachungsstation (Fortsetzung) Patienten-ID: _____			
Medikamentöse Gerinnungstherapie <i>Auf Intensivstation bis max. 24 h nach Aufnahme im Schockraum</i> 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) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, <u>Infektfokus:</u> <input type="radio"/> Katheter <input type="radio"/> Lunge <input type="radio"/> Wunden <input type="radio"/> Urosepsis <input type="radio"/> Abdomen <input type="radio"/> Anderer _____	

Medikamentöse Gerinnungstherapie

- Nur Gaben auf Intensivstation bis max. 24 h nach Aufnahme im SR erfassen und ● nicht mehr innerhalb 48 h nach Aufnahme auf ICU
- Faktor XIII wird nicht mehr erfasst

● NEU ● Umbenannt ● Gelöscht ● Ansicht Online-Maske

Bogen D: Abschluss

D1: Abschluss	
<p>Entlassungs-/Todesdatum Datum _____._____.20_____. Uhrzeit ____:____ Uhr</p>	<p>Bei Verlegung in ein anderes Akutkrankenhaus: Bitte Klinik angeben: _____</p>
<p>Entlassung/Verlegung/Tod <input type="radio"/> Verlegung in anderes Akutkrankenhaus <input type="radio"/> Verlegung zur stationären Rehabilitation <input type="radio"/> Entlassung ins Pflegeheim/ Altersheim <input type="radio"/> Entlassung nach Hause / frühere Wohnsituation <input type="radio"/> Entlassung in Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Sonstige <input type="radio"/> Tod Erfolgte die Verlegung / Entlassung ins Ausland? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja </p>	<p>Hauptgrund der Verlegung <input type="radio"/> Fehlende Kapazität - bitte spezifizieren: <input type="radio"/> OP <input type="radio"/> ICU <input type="radio"/> Fehlende Fachdisziplin: _____ (Auswahl in Online-Maske) <input type="radio"/> Kostenträger (z. B. BG) <input type="radio"/> Rückübernahme TNW <input type="radio"/> Sonstige Weiterversorgung (z. B. Heimatnahe Versorgung, Patientenwunsch, ...)</p>
<p>Zustand bei Entlassung/Verlegung <input type="radio"/> gut erholt <input type="radio"/> mäßig behindert <input type="radio"/> schwer behindert <input type="radio"/> nicht kontaktfähig </p>	<p>Bei Verlegung zur stationären Rehabilitation: Klinik/ Einrichtung <input type="radio"/> Frührehabilitation - bitte spezifizieren: <input type="radio"/> Neurologisch <input type="radio"/> Fachübergreifend <input type="radio"/> Geriatrisch <input type="radio"/> Stationäre Anschlussrehabilitation - bitte spezifizieren: <input type="radio"/> Direktverlegung <input type="radio"/> Aufnahme im Zeitversatz (bis 14 Tage) <input type="radio"/> Postakute Traumarehabilitation </p>
<p>Klinikrelevante thromboembolische Ereignisse? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> Tiefe Beinvenenthrombose <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Andere thromboembolische Ereignisse Wenn ja: Bestand Thromboseprophylaxe? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja </p>	<p>Bei Entlassung nach Hause/ frühere Wohnsituation, Pflegeheim/ Altersheim, Kurzzeitpflege, Sonstiges: Wäre eine stationäre Rehabilitation aus medizinischer Sicht angezeigt? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja </p>
<p>Bei Tod Therapie-limitierung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Wenn ja: Grund für Therapiebegrenzung: <input type="radio"/> palliativ <input type="radio"/> mutmaßlicher Patientenwille <input type="radio"/> schriftlich bekundeter Patientenwille Todesursache <input type="radio"/> SHT <input type="radio"/> Hämorrhagie <input type="radio"/> Organversagen <input type="radio"/> Sonstige </p>	<p>Wenn ja: Rehabilitationsfähigkeit (für Anschlussrehabilitation) gegeben? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Wenn nein: Welche ambulante Weiterbehandlung wurde veranlasst? <input type="checkbox"/> Ambulante Rehabilitation <input type="checkbox"/> Ambulante Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ambulante Ergotherapie <input type="checkbox"/> Mobile Rehabilitation <input type="checkbox"/> Keine ambulante Rehabilitation </p>

Entlassung/ Verlegung / Tod

- Neue Ausprägung: Verlegung zur stationären Rehabilitation (umfasst die Frührehabilitation, Anschlussrehabilitation und Postakute Traumarehabilitation)
- Entlassung ins häusliche Umfeld = Entlassung nach Hause / frühere Wohnsituation

Bei Verlegung in anderes Akutkrankenhaus

- Hauptgrund der Verlegung statt ● Weiterverlegung aufgrund akutmed. Interventions-/Diagnostikbedarf
- Wenn fehlende Kapazität – Auswahl OP / ICU
- Wenn fehlende Fachdisziplin – Auswahl Geriatrie/ Gynäkologie / Herzchirurgie / Interventionelle Angiologie / MKG / Neurochirurgie / Pädiatrie / Querschnittszentrum / Thoraxchirurgie / Urologie / Verbrennungsmedizin / Andere

● NEU ● Umbenannt ● Gelöscht ● Ansicht Online-Maske

Bei Verlegung zur stationären Rehabilitation

- Klinik / Einrichtung auswählen (jetzt bedingte Ausprägungen): ● Frührehabilitation / ● Stationäre Anschlussrehabilitation / ● Postakute Trauma Rehabilitation
- Wenn Anschlussrehabilitation – spezifizieren: Direktverlegung/ Aufnahme im Zeitversatz bis 14 Tage (● jetzt ohne Aufnahme im Zeitversatz bis 12 Wochen) *
- Wenn Aufnahme im Zeitversatz, wohin bis dahin entlassen wird nicht mehr erfasst

Bei Entlassung nach Hause/ Pflegeheim/ Kurzzeitpflege/ Sonstiges

- jetzt bedingte Frage (vorher immer gefragt)
- Stationäre Rehabilitation erforderlich = Wäre eine stat. Rehabilitation aus med. Sicht angezeigt
- Genehmigung zur Verlegung in postakute Traumarehabilitationseinrichtung wird nicht mehr erfasst
- Wenn Genehmigung, wohin weiterverlegt wird nicht mehr erfasst

● NEU ● Umbenannt ● Gelöscht ● Ansicht Online-Maske