



S: Stammdaten

Patienten-Code: _____ Interne Bemerkung: _____

Patientenalter am Unfalltag

Geburtsdatum _____

Geburtsdatum unbekannt

geschätztes Alter _____ Jahre

Geschlecht männlich weiblich divers

Wenn weiblich, bestand eine Schwangerschaft?

unbekannt nein ja

Gesundheitszustand vor Unfall

ASA vor Unfall

- 1 – gesund
- 2 – leichte Einschränkungen
- 3 – schwere systemische Erkrankung
- 4 – lebensbedrohliche Allgemeinerkrankung

Antikoagulation? unbekannt nein ja

Wenn ja, welche?

- ASS DOAK Heparin(oide)
- andere Thrombozytenaggregationshemmer
- Vitamin K-Antagonisten Sonstige unbekannt

Zuverlegt

nein ja (bitte Klinik angeben) _____

Unfall-Anamnese

Unfallzeitpunkt Datum _____ .20 _____

Uhrzeit _____ : _____ Uhr

Ursache

- Unfall
- Verdacht auf Gewaltverbrechen
- Verdacht auf Suizid

Unfallmechanismus

- stumpf
- penetrierend

Unfallart

BG-Fall nein ja

Verkehr

- PKW-Insasse
- LKW-Insasse
- Bus-Insasse
- Motorradfahrer/-sozius
- Fahrrad
- unterstütztes Fahrrad ¹
- E-Scooter
- Fußgänger angefahren
- Sonstiger Verkehrsunfall

Sturz

- Sturz mit Fallhöhe >= 3m
- Sturz mit Fallhöhe < 3m
- Ebenerdiger Sturz

Sonstige

- Schlagverletzung ²
- Schussverletzung
- Stichverletzung
- Explosion / Verpuffung ³
- Verschüttung
- andere Unfallart

¹ E-Bike/Pedelec, ² Gegenstand, Ast, ..., ³ thermomech. Kombiverl.

A1: Präklinik

Rettungszeiten Erste Alarmierung _____ : _____ Uhr

Ankunft 1. Rettungsmittel Unfallstelle _____ : _____ Uhr

Transportbeginn mit Patienten _____ : _____ Uhr

Notärztliche Behandlung am Unfallort: nein ja

Transport: bodengebunden mit NA bodengebunden ohne NA

RTH privat / selbst

Nachforderung RTH: nein ja

MANV: nein ja

Vitalzeichen bei Eintreffen des Rettungsmittels

Atemfrequenz (spontan) _____ /min

Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____ %

Blutdruck (systolisch) _____ mmHg

Herzfrequenz _____ /min

Kapnometrie durchgeführt? nein ja

Glasgow Coma Scale

<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)

_____ + _____ + _____

GCS-Wert _____

Pupillenweite

normal (0)

Anisokorie (1)

beidseits weit (2)

Lichtreaktion

spontan (0)

verzögert (1)

lichtstarr (3)

Verletzungen	keine	leicht	mittel	schwer	geschlos- -sen	offen
Schädel-Hirn	<input type="radio"/>					
Gesicht	<input type="radio"/>					
Thorax	<input type="radio"/>					
Abdomen	<input type="radio"/>					
Wirbelsäule	<input type="radio"/>					
Becken	<input type="radio"/>					
Obere Extr.	<input type="radio"/>					
Untere Extr.	<input type="radio"/>					
Weichteile	<input type="radio"/>					

Volumengabe

Kristalloide _____ ml

Kolloide _____ ml

Therapie

	nein	ja
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alternative Atemwegssicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HWS-Immobilisierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nadeldekompression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thoraxdrainage (jetzt ohne Nadeldekompression)	<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"/>
Präklinische 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"/>



B1: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: _____

Aufnahme

Datum _____._____.20_____. Uhrzeit ____:____ Uhr

COVID-19

COVID-19-Abstrich nein ja unbekannt
 Wenn ja: Testergebnis: negativ positiv unbekannt

Vitalzeichen

Atemfrequenz (spontan) _____ /min
 Sauerstoffsättigung (SpO₂) _____ %
 Blutdruck (systolisch) _____ mmHg
 Herzfrequenz _____ /min
 Temperatur _____ °C

Atmung

Bereits bei Ankunft beatmet? nein ja

Wenn ja:

FiO₂ _____ % oder Dezimalwert*

PaO₂ _____ mmHg oder kPa*

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)
_____ + _____ + _____	GCS-Wert _____	

Pupillenweite

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*
 TPZ (Quick) _____ %
 PTT _____ sek
 INR _____ [ohne Einheit]
 Base Excess (-/+) _____ 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
Freie Flüssigkeit bei FAST?	<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			_____ sek
EXTEM-MCF			_____ mm
FIBTEM-A10			_____ mm

Wurde Teleradiologie genutzt? nein ja

Volumengabe

	Schockraum	OP-Phase
Kristalloide	_____ ml	_____ ml
Kolloide	_____ ml	_____ ml

Therapie Schockraum

	nein	ja
Endotracheale Intubation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgischer Atemweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thoraxdrainage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzdruckmassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perikardpunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beckengurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Katecholamine (Erst-/Weitergabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Operative Notfallmaßnahmen bis Aufnahme ICU / IMC

	nein	ja	Schnittzeit
Operative Hirndruckentlastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Laminektomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Thorakotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Laparotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Revaskularisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Embolisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
REBOA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Stabilisierung Becken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Stabilisierung Extremitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Escharotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr
Dermatofasziotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____:____ Uhr

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen - die benötigten Maßeinheiten in den Eingabemasken bitte per Email an den TR-Support (support-tr@auc-online) melden!



B2: SR-/OP-Phase

Patienten-Code: _____

Hämostase-Therapie	Schockraum (ohne OP-Phase)	OP-Phase
Bluttransfusion (EK)	_____ Einheiten Zeit erste EK-Gabe: _____:_____ Uhr	_____ Einheiten
Frischplasma (FFP)	_____ Einheiten oder ml*	_____ Einheiten oder ml*
Thrombozytenkonzentrat	_____ Einheiten oder ml*	_____ Einheiten oder ml*

Medikamentöse Gerinnungstherapie	nein	ja	Zeit ersten Gabe
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____:____:_____ Uhr
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____:____:_____ Uhr
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
Kalzium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
Faktor XIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)
DOAK-Antidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(ohne Uhrzeit)

Weiterversorgung	
Weiterverlegung	Uhrzeit: _____:_____ Uhr
<input type="radio"/> OP	
<input type="radio"/> ICU/IMC	
<input type="radio"/> Tod im Schockraum	
<input type="radio"/> anderes Krankenhaus	
<input type="radio"/> Sonstiges _____	

C: Intensivstation

Aufnahme
Datum: _____.____.20____ Uhrzeit: _____:_____ Uhr

Labor / Vitalwerte	
Hämoglobin	_____ g/dl oder mmol/l*
Thrombozytenzahl	_____ /µl oder gpt/l*
TPZ (Quick)	_____ %
PTT	_____ sek
INR	_____ [ohne Einheit]
Base Excess (-/+)	_____ mmol/l
Ca (ionisiert)	_____ mmol/l oder mg/dl*
Fibrinogen	_____ µmol/l oder g/dl*
Temperatur	_____ °C

ROTEM®	
EXTEM-CT	_____ sek
EXTEM-MCF	_____ mm
FIBTEM-A10	_____ mm

Hämostase-Therapie	
(innerhalb der ersten 48 Stunden NACH Aufnahme auf die ICU)	
Bluttransfusion (EK)	_____ Einheiten
Frischplasma (FFP)	_____ Einheiten oder ml*
Thrombozytenkonzentrat	_____ Einheiten oder ml*

Medikamentöse Gerinnungstherapie	nein	ja
(innerhalb der ersten 48 Stunden NACH Aufnahme auf die ICU)		
Tranexamsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PPSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faktor XIII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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"/>	_____

Therapie	nein	ja
Nierenersatzverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECMO (Extrakorporaler Lungensupport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Organversagen (SOFA-Score > 2)	nein	ja
Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ZNS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MOV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sepsis (neue Definition)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Wenn ja: Fokus
- Katheter
 - Lunge
 - Wunden
 - Urosepsis
 - Abdomen
 - Anderer _____

Rot markierte Parameter sind Pflichtfelder!

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen - die benötigten Maßeinheiten in den Eingabemasken bitte per Email an den TR-Support (support-tr@auc-online) melden!



D1: Abschluss

Patienten-Code: _____

Entlassungs-/Todesdatum

Datum _____ . _____ .20 _____

Uhrzeit _____ : _____ Uhr

(Pflicht bei Weiterverlegung innerhalb 48 Stunden)

Zustand bei Entlassung/Verlegung

- gut erholt mäßig behindert
 schwer behindert nicht ansprechbar

Entlassung/Verlegung/Tod

- Entlassung ins häusliche Umfeld
- Entlassung in Kurzzeitpflege
- Entlassung in Pflegeheim
- Verlegung in Rehaeinrichtung
- Verlegung in ein anderes Krankenhaus (siehe unten)
- Verlegung BGSW / KSR (nur Deutschland)
- Sonstige
- Tod
 - Bei Tod: Therapielimitierung: nein ja
 - Grund für Therapiebegrenzung:
 - palliativ
 - mutmaßlicher Patientenwille
 - schriftlich bekundeter Patientenwille

Todesursache

- SHT Hämorrhagie Organversagen Sonstige

Klinikrelevante thromboembolische Ereignisse?

- keine
 Herzinfarkt Lungenembolie
 Tiefe Beinvenenthrombose Apoplex
 Andere thromboembolische Ereignisse

Wenn ja:

Bestand Thromboseprophylaxe? nein ja

Phase C

- nein
 ja

Punktwert KSR _____

Verlegung in anderes Krankenhaus

- nein
 ja (bitte Klinik angeben) _____

Rehabilitationsbedarf

- Keiner Ambulant Stationär

D2: Diagnosen

Patienten-Code: _____

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) _____

*Für Erläuterungen zu den OP-Gruppen siehe Dokument „TR-DGU Leitfaden für V2020“.



D3: Diagnosen

Patienten-Code: _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

Verletzung: _____	Diagnosestellung nach Intensiv-Aufnahme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
AIS-Code: _____ Offene Fraktur? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad der Weichteilverletzung (I-IV) _____
Operationen: (siehe OP-Gruppen *)	Beschreibung der Operation Datum
1. _____	_____ .20
2. _____	_____ .20
Initiales Therapiekonzept: Damage Control-OP? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Anzahl weiterer OPs (z.B. Revisionen) _____

*Für Erläuterungen zu den OP-Gruppen siehe Dokument „TR-DGU Leitfaden für V2020“.

Um weitere Diagnosen schriftlich festhalten zu können, kopieren Sie bitte diese Seite in benötigter Anzahl.