

CRF-Abdomen

Therapeutische Intervention

Patienten-ID-Nummer:

Basisinformationen															
Patienten- aufkleber Name, Vorname Geb.-Datum	KIS-Nr.:	Einwilligung vom:			Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d			Versorgungsart: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> Ersteingriff <input type="checkbox"/> Folgeeingriff <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> ungeplant					
	Fall-Nr.:				ASA	1	2	3	4	5	Größe:	Gewicht:			
	Interventionsdatum:				Diagnose / ICD-10:										
	Sonden-Art:		<input type="checkbox"/> perkutan linear		<input type="checkbox"/> perkutan konvex		<input type="checkbox"/> EUS long			<input type="checkbox"/> EUS starr					
	Entlassungsdatum / letzter Kontakt:														
Hygienemaßnahmen															
Sonde	<input type="checkbox"/> gereinigt	<input type="checkbox"/> desinfiziert			<input type="checkbox"/> sterilisiert			<input type="checkbox"/> steriler Überzug							
Kontaktmittel	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Hautdesinfektionsmittel			<input type="checkbox"/> Steriles Gel			<input type="checkbox"/> Unsteriles Gel							
Abdeckung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> steriles (Loch-)Tuch													
Schutzbekleidung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keimarme HS			<input type="checkbox"/> sterile HS		<input type="checkbox"/> MNS		<input type="checkbox"/> Schutzkittel lang			<input type="checkbox"/> Haube			
Periinterventionelle Bedingungen															
Lokal- anästhesie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein														
Sedierung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Midazolam		<input type="checkbox"/> Propofol		<input type="checkbox"/> Opiate		<input type="checkbox"/> Ketamin		<input type="checkbox"/> andere:					
Monitoring	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> SpO2		<input type="checkbox"/> pCO2		<input type="checkbox"/> RR		<input type="checkbox"/> EKG							
Atemwegs- sicherung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Wendl- Tubus	<input type="checkbox"/> Guedel- Tubus	<input type="checkbox"/> starre Bronchoskopie		<input type="checkbox"/> Larynxmaske		<input type="checkbox"/> Larynxtubus		<input type="checkbox"/> ETI		<input type="checkbox"/> andere:			
Antibiose	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bereits laufend (prä)		<input type="checkbox"/> single-shot (intra)		<input type="checkbox"/> neu begonnen (post)									
Anti- koagulation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wirkstoff :		<input type="checkbox"/> prophylaktisch		<input type="checkbox"/> halbtherapeutisch		<input type="checkbox"/> therapeutisch							
		Pause : <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		< 24 h	1-2 d	3-4 d	5-6 d	> 7d	bei nein: <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Nutzen/Risiko						
		Wiederaufnahme nach:		1-6 h	6-12 h	12-24 h	24-48 h	> 48h	<input type="checkbox"/> keine Empfehlung						
TZA-Hemmer	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wirkstoff:			Pause : <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein			bei ja: Dauer in Tagen:							
NSAR/Coxibe (<3d)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein														
Hämostase- Störung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	bei ja: welche?:													
Korrektur Gerinnung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	bei ja: womit?:													
Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	bei ja: Child-Pugh-Stadium:		A	B	C									
Leberversagen (akut)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein														
Nieren- insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	bei ja: GFR / KDIGO:													
Immun- suppression	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein							Laborparameter							
Pulmonale VE	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> COPD / Emphysem / Asthma		<input type="checkbox"/> Interstitielle LE		<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> andere: _____	INR	norm	1,3-1,5	>1,5	unbek.			
Kardio- vaskuläre VE	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz NYHA :		<input type="checkbox"/> KHK (AP, MI)		<input type="checkbox"/> HRST: Diagnose:_____		PTT	norm	verkürzt	verlängert	unbek.			
MRE-Träger	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> MRSA		<input type="checkbox"/> ESBL/MRGN		<input type="checkbox"/> VRE/GRE		PLT	>100	50-100	<50	unbek.			

Ziel und Technik														
Organ	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> GB	<input type="checkbox"/> Gallenwege	<input type="checkbox"/> Pankreas	<input type="checkbox"/> Milz	<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="checkbox"/> GIT	<input type="checkbox"/> LK	<input type="checkbox"/> andere: _____				
Struktur	<input type="checkbox"/> Parenchym		<input type="checkbox"/> Lumen	<input type="checkbox"/> Solide Läsion		<input type="checkbox"/> Liquide Läsion		bei ja: trüb / klar / hämorrhagisch / putride / chylös / gallig						
	<input type="checkbox"/> Zyste	<input type="checkbox"/> Pseudozyste		<input type="checkbox"/> Abszess		<input type="checkbox"/> Empyem		<input type="checkbox"/> lokal. Flüssigkeitsansammlung		<input type="checkbox"/> Postintervent/- operativer Verhalt				
Größe	_____ x _____mm													
Punktionsweg	Länge: _____mm		durch:		<input type="checkbox"/> Parenchymdecke		<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt		<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> andere: _____		
Zusatzdiagnostik prä	<input type="checkbox"/> CEUS		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Nekrose		<input type="checkbox"/> art. Hypervask.		<input type="checkbox"/> FKDS		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gefäßreich	<input type="checkbox"/> Gefäß im Punktionsweg	
Nadelführung	<input type="checkbox"/> Freihand: <input type="checkbox"/> out-of-plane <input type="checkbox"/> in-plane <input type="checkbox"/> oblique				<input type="checkbox"/> Punktionsaufsatz				<input type="checkbox"/> Punktionsschallkopf					
Nadeltyp	<input type="checkbox"/> Saugbiopsie		<input type="checkbox"/> Koaxial-Nadel		<input type="checkbox"/> FNA-Nadel		<input type="checkbox"/> Schneidbiopsie (perkutan): <input type="checkbox"/> Vollzylinder <input type="checkbox"/> TruCut		<input type="checkbox"/> EUS-FNA		<input type="checkbox"/> EUS-FNB			
Nadelgröße	_____G		_____mm		Darstellbarkeit der Nadel				<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️			
Auslösemechan.	<input type="checkbox"/> Manuell		<input type="checkbox"/> halb-automatisch		<input type="checkbox"/> automatisch		Punktionshäufigkeit:							
Zusatzdiagnostik intra	<input type="checkbox"/> Bildfusion		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> MRT		<input type="checkbox"/> Ultraschall-KM		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> i.v.	<input type="checkbox"/> luminal
	Needletracking		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
a) Entlastungspunktion														
Punktionsweg	Länge: _____mm		durch:		<input type="checkbox"/> Parenchymdecke		<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan: _____			
Nadelführung	<input type="checkbox"/> Freihand: <input type="checkbox"/> out-of-plane <input type="checkbox"/> in-plane				<input type="checkbox"/> Punktionsaufsatz		<input type="checkbox"/> Punktionsschallkopf		<input type="checkbox"/> EUS					
Nadeltyp	<input type="checkbox"/> Saugbiopsie		<input type="checkbox"/> Schneidbiopsie: <input type="checkbox"/> Vollzylinder <input type="checkbox"/> TruCut			<input type="checkbox"/> Koaxial-Nadel		<input type="checkbox"/> FNA-Nadel		<input type="checkbox"/> EUS-FNA		<input type="checkbox"/> EUS-FNB		
Nadelgröße	_____G		_____mm					Darstellbarkeit Nadel		<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️		
b) Drainage														
Punktionsweg	Länge: _____mm		durch:		<input type="checkbox"/> Parenchymdecke		<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan: _____			
Nadelführung	<input type="checkbox"/> Freihand: <input type="checkbox"/> out-of-plane <input type="checkbox"/> in-plane				<input type="checkbox"/> Punktionsaufsatz				<input type="checkbox"/> Punktionsschallkopf		<input type="checkbox"/> EUS			
Technik	<input type="checkbox"/> Direktpunktion		<input type="checkbox"/> Seldinger-Technik											
Drainagegröße	_____F		Darstellbarkeit Nadel				<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️					
Kunststoffkath./-stent	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Doppel/Pigtail		<input type="checkbox"/> gerade	<input type="checkbox"/> Ballon		<input type="checkbox"/> Körbchen		<input type="checkbox"/> zweilumig		<input type="checkbox"/> andere: _____	Stentgröße: _____F	
Metallstent	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> vollgecovert		<input type="checkbox"/> teilgecovert		<input type="checkbox"/> ungecovert		Stentgröße: _____mm					
Tunnelung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein													
Fixierung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Fadenlock		<input type="checkbox"/> externe Naht		<input type="checkbox"/> Klebefixierung		<input type="checkbox"/> Halteplatte geklebt		<input type="checkbox"/> Halteplatte genäht			
Liegedauer	<input type="checkbox"/> Kurz (<24h)		<input type="checkbox"/> lang (1-30d)		<input type="checkbox"/> dauerhaft palliativ									
c) Cholangiodrainage														
Eingriffs-Art	<input type="checkbox"/> Ersteingriff	<input type="checkbox"/> Folgeeingriff	<input type="checkbox"/> Internalisierung		<input type="checkbox"/> progr. Wechsel	<input type="checkbox"/> Metallstent -Impl.	<input type="checkbox"/> Lithotripsie		<input type="checkbox"/> Cholangioskopie	<input type="checkbox"/> Fotodyn./ Brachyth.	<input type="checkbox"/> Re-Intervention (ungeplant)			
Lokalisation	<input type="checkbox"/> links		<input type="checkbox"/> rechts		<input type="checkbox"/> beide LL									
Punktionsweg	Länge: _____mm		durch:		<input type="checkbox"/> Parenchymdecke		<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt		<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan: _____		
Nadelführung	<input type="checkbox"/> PTCD		<input type="checkbox"/> EUS-CD											
Drainagegröße	_____F													
Ableitung	<input type="checkbox"/> Rendezvous-Technik		<input type="checkbox"/> externe Drainage		<input type="checkbox"/> extern-interne Drainage									
Stenteinlage	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		Kunststoffkath./-stent		_____F		Metallstent		_____mm					
Liegedauer	<input type="checkbox"/> Programmierter Wechsel				<input type="checkbox"/> Dauerdrainage				<input type="checkbox"/> Temporäre Drainage					

d) Ablation																	
Punktionsweg	Länge: _____mm	durch:	<input type="checkbox"/> Parenchymdecke	<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan: _____									
Nadelführung	<input type="checkbox"/> Freihand: <input type="checkbox"/> out-of-plane <input type="checkbox"/> in-plane		<input type="checkbox"/> Punktionsaufsatz			<input type="checkbox"/> Punktionsschallkopf			<input type="checkbox"/> EUS								
Nadelgröße	_____G	_____mm	Darstellbarkeit Nadel	☺	☹	☹											
Anwendung																	
<input type="checkbox"/> RFA (1)	<input type="checkbox"/> PEI	<input type="checkbox"/> MWA	<input type="checkbox"/> Kryo	<input type="checkbox"/> Laser (LITT)	<input type="checkbox"/> andere: _____												
(1) Sondenzahl: _____	(1) Nadeltyp:	(1) Strom:	(1) Modus:	(1) Seitenlöcher:	(1) Kühlung:	(1) Umgebungs- puffer: (z.B. Dextrose, NaCl):	(1) Gewebe- deckung (>10 mm):	(1) Track- Ablation: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	(1) Leistungs- steuerung <input type="checkbox"/> Impedanz								
	<input type="checkbox"/> glatt	<input type="checkbox"/> monopolar	<input type="checkbox"/> kontinuierlich	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Widerstand <input type="checkbox"/> Temperatur								
	<input type="checkbox"/> mehrere	<input type="checkbox"/> bipolar	<input type="checkbox"/> alternierend														
	<input type="checkbox"/> Antenne		<input type="checkbox"/> konsekutiv wechselnd														
			<input type="checkbox"/> Simultan														
e) Sklerosierung																	
Punktionsweg	Länge: _____mm	durch:	<input type="checkbox"/> Parenchymdecke	<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan: _____									
Nadelführung	<input type="checkbox"/> Freihand: <input type="checkbox"/> out-of-plane <input type="checkbox"/> in-plane			<input type="checkbox"/> Punktionsaufsatz		<input type="checkbox"/> Punktionsschallkopf		<input type="checkbox"/> EUS									
Nadelgröße	_____G	_____mm	Darstellbarkeit Nadel			☺	☹	☹									
Kathetergröße	_____F																
Sklerosans	<input type="checkbox"/> Alkohol >95%		<input type="checkbox"/> Äthoxysklerol 1 %		<input type="checkbox"/> NaCl (10-30%)		<input type="checkbox"/> Tetrazykline		<input type="checkbox"/> Essigsäure 50%								
							<input type="checkbox"/> Paclitaxel		<input type="checkbox"/> andere: _____								
Fistelausschluss (CEUS)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein																
Besonderheiten					Probenentnahme												
Techn. anspruchsvoll?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		ggf. erläutern: _____ _____ _____		Histologie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		Einschätzung Ausbeute:	☺								
Anatom. Besonderheit	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Zytologie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Ausstrich	☹								
Techn. Probleme	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Mikrobiologie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsbasiert									
Incompliance	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein																
AE-Intervention																	
Schmerzen peri	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		NRS(1-10): _____			Hämatothorax	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein										
Schmerzen post	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		NRS(1-10): _____			Pneumothorax	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein										
Vasovagale Reaktion	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					Freie Flüssigkeit post	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein										
Relevante Blutung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					Perforation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein										
Intrapulm. Blutung / Hämoptysen (klin. rel.)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					Fistel	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein										
Hinweise auf Infektion	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Infektion lokal	→		Thrombose / LAE	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein										
			<input type="checkbox"/> Infektion systemisch	<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Sepsis/ Bakteriämie	<input type="checkbox"/> Abszess/ Empyem	Materialdefekt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein									
				<input type="checkbox"/> Peritonitis	<input type="checkbox"/> Cholangitis / -zystitis		andere:	ggf. erläutern:									
AE-Folgen																	
Verlängerung KH- Dauer	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Antibrinolytika- Gabe	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> lokal	<input type="checkbox"/> systemisch								
Stat. Wiederaufnahme	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Re-Intervention	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
Verlegung in ext. KH	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Operation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Radiologische Intervention	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
Transfusion	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Drainage	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
Reanimation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Tod interventionsabh.	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
Antibiose (neu)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		ggf. erläutern:		andere:	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		ggf. erläutern:									