

# 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	<b>bei nein:</b> <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			<b>bei ja:</b> Dauer in Tagen:						
NSAR/Coxibe (<3d)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
Hämostase- Störung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
	<b>bei ja:</b> welche?:											
Korrektur Gerinnung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
	<b>bei ja:</b> womit?:											
Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
	<b>bei ja:</b> 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											
	<b>bei ja:</b> GFR / KDIGO:											
Immun- suppression	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
<b>Laborparameter</b>												
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: _____						
	<b>INR</b>	norm	1,3-1,5	>1,5	unbek.							
Kardio- vaskuläre VE	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz		<input type="checkbox"/> KHK (AP, MI)			<input type="checkbox"/> HRST: Diagnose:_____						
	<b>PTT</b>	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							
	<b>PLT</b>	>100	50-100	<50	unbek.							

## Ziel und Technik

<b>Organ</b>	<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: _____	
<b>Struktur</b>	<input type="checkbox"/> Parenchym	<input type="checkbox"/> Lumen	<input type="checkbox"/> Solide Läsion	<input type="checkbox"/> Liquide Läsion	<b>bei ja:</b> 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					
<b>Größe</b>	_____ x _____ mm										
<b>Punktionsweg</b>	Länge: _____ mm	<b>durch:</b>	<input type="checkbox"/> Parenchymdecke	<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> andere: _____			
<b>Zusatzdiagnostik prä</b>	<b>CEUS</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nekrose	<input type="checkbox"/> art. Hypervask.	<b>FKDS</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gefäßreich	<input type="checkbox"/> Gefäß im Punktionsweg			
<b>Nadelführung</b>	<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"/> Punktionschallkopf				
<b>Nadeltyp</b>	<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				
<b>Nadelgröße</b>	_____ G	_____ mm	Darstellbarkeit der Nadel				<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️		
<b>Auslösemechan.</b>	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> halb-automatisch	<input type="checkbox"/> automatisch	Punktionshäufigkeit:							
<b>Zusatzdiagnostik intra</b>	<b>Bildfusion</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRT	<b>Ultraschall-KM</b>	<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

<b>Punktionsweg</b>	Länge: _____ mm	<b>durch:</b>	<input type="checkbox"/> Parenchymdecke	<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan: _____			
<b>Nadelführung</b>	<input type="checkbox"/> Freihand: <input type="checkbox"/> out-of-plane <input type="checkbox"/> in-plane		<input type="checkbox"/> Punktionsaufsatz	<input type="checkbox"/> Punktionschallkopf	<input type="checkbox"/> EUS						
<b>Nadeltyp</b>	<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				
<b>Nadelgröße</b>	_____ G	_____ mm	Darstellbarkeit Nadel				<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️		

### b) Drainage

<b>Punktionsweg</b>	Länge: _____ mm	<b>durch:</b>	<input type="checkbox"/> Parenchymdecke	<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan: _____			
<b>Nadelführung</b>	<input type="checkbox"/> Freihand: <input type="checkbox"/> out-of-plane <input type="checkbox"/> in-plane		<input type="checkbox"/> Punktionsaufsatz	<input type="checkbox"/> Punktionschallkopf	<input type="checkbox"/> EUS						
<b>Technik</b>	<input type="checkbox"/> Direktpunktion		<input type="checkbox"/> Seldinger-Technik								
<b>Drainagegröße</b>	_____ F	Darstellbarkeit Nadel				<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️			
<b>Kunststoffkath./-stent</b>	<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			
<b>Metallstent</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> vollgecovert	<input type="checkbox"/> teilgecovert	<input type="checkbox"/> ungecovert	Stentgröße: _____ mm						
<b>Tunnelung</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein										
<b>Fixierung</b>	<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					
<b>Liegedauer</b>	<input type="checkbox"/> Kurz (<24h)	<input type="checkbox"/> lang (1-30d)	<input type="checkbox"/> dauerhaft palliativ								

### c) Cholangiodrainage

<b>Eingriffs-Art</b>	<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)	
<b>Lokalisation</b>	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beide LL							
<b>Punktionsweg</b>	Länge: _____ mm	<b>durch:</b>	<input type="checkbox"/> Parenchymdecke	<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan: _____		
<b>Nadelführung</b>	<input type="checkbox"/> PTCD	<input type="checkbox"/> EUS-CD								
<b>Drainagegröße</b>	_____ F									
<b>Ableitung</b>	<input type="checkbox"/> Rendezvous-Technik		<input type="checkbox"/> externe Drainage	<input type="checkbox"/> extern-interne Drainage						
<b>Stenteinlage</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Kunststoffkath./-stent	_____ F	Metallstent	_____ mm					
<b>Liegedauer</b>	<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"/> Punktionsaufsatz			<input type="checkbox"/> Punktionschallkopf		<input type="checkbox"/> EUS	
	<input type="checkbox"/> out-of-plane	<input type="checkbox"/> in-plane	Darstellbarkeit Nadel		☺	☹	☹		
Nadelgröße	_____G	_____mm							
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) Umgebungspuffer: (z.B. Dextrose, NaCl):	(1) Gewebebedeckung (>10 mm):	(1) Track-Ablation:	(1) Leistungssteuerung
	<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"/> Impedanz
	<input type="checkbox"/> mehrere	<input type="checkbox"/> bipolar	<input type="checkbox"/> alternierend			<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Widerstand
	<input type="checkbox"/> Antenne		<input type="checkbox"/> konsekutiv wechselnd						<input type="checkbox"/> Temperatur
			<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"/> Punktionsaufsatz			<input type="checkbox"/> Punktionschallkopf		<input type="checkbox"/> EUS
	<input type="checkbox"/> out-of-plane	<input type="checkbox"/> in-plane	Darstellbarkeit Nadel		☺	☹	☹	
Nadelgröße	_____G	_____mm						
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	Ausstrich	<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsbasiert			
Techn. Probleme	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		Mikrobiologie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
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	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> Peritonitis	<input type="checkbox"/> Cholangitis / -zystitis		andere: _____

### 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: _____	