

# CRF-Thorax

## Diagnostische Intervention

### Patienten-ID-Nummer:

<b>Basisinformationen</b>												
<b>Patienten-aufkleber</b>  <b>Name, Vorname</b>  <b>Geb.-Datum</b>	KIS-Nr.:		Einwilligung vom:		Geschlecht:			Versorgungsart:	<input type="checkbox"/> Ersteingriff			
					<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Folgeeingriff			
	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:												
<b>Hygienemaßnahmen</b>												
<b>Sonde</b>	<input type="checkbox"/> gereinigt	<input type="checkbox"/> desinfiziert		<input type="checkbox"/> sterilisiert			<input type="checkbox"/> steriler Überzug					
<b>Kontaktmittel</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Hautdesinfektionsmittel		<input type="checkbox"/> Steriles Gel			<input type="checkbox"/> Unsteriles Gel					
<b>Abdeckung</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> steriles (Loch-)Tuch										
<b>Schutzbekleidung</b>	<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				
<b>Periinterventionelle Bedingungen</b>												
<b>Lokal-anästhesie</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
<b>Sedierung</b>	<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:			
<b>Monitoring</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> SpO2		<input type="checkbox"/> pCO2	<input type="checkbox"/> RR		<input type="checkbox"/> EKG					
<b>Atemwegs-sicherung</b>	<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:			
<b>Antibiose</b>	<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)							
<b>Anti-koagulation</b>	<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			
<b>TZA-Hemmer</b>	<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:					
<b>NSAR/Coxibe (&lt;3d)</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
<b>Hämostase-Störung</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<b>bei ja:</b> welche?:										
<b>Korrektur Gerinnung</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<b>bei ja:</b> womit?:										
<b>Leberzirrhose</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<b>bei ja:</b> Child-Pugh-Stadium:		A	B	C						
<b>Leberversagen (akut)</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein											
<b>Nieren-insuffizienz</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<b>bei ja:</b> GFR / KDIGO:										
<b>Immun-suppression</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					<b>Laborparameter</b>						
<b>Pulmonale VE</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input checked="" 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.	
<b>Kardiovaskuläre VE</b>	<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.	
<b>MRE-Träger</b>	<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"/> Thoraxwand	<input type="checkbox"/> Pleura parietalis	<input type="checkbox"/> Pleura visceralis	<input type="checkbox"/> Pleurahöhle	<input type="checkbox"/> Intrapulmonal	<input type="checkbox"/> Mediastinum	<input type="checkbox"/> Ösophagus	<input type="checkbox"/> Perikard				
<b>Lokalisation (exkl. EBUS/EUS)</b>	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> ventral	<input type="checkbox"/> dorsal	<input type="checkbox"/> lateral							
<b>Struktur</b>	<input type="checkbox"/> Parenchym	<input type="checkbox"/> Solide Läsion:	<input type="checkbox"/> Liquide Läsion: <input type="checkbox"/> Erguss <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Empyem <input type="checkbox"/> lokale Flüssigkeitsansammlung <input type="checkbox"/> postinterv./operative Fl.	<input type="checkbox"/> LK (exkl. EBUS/EUS)	<input type="checkbox"/> LK-Level (EBUS /EUS) →							
					<input type="checkbox"/> 2R	<input type="checkbox"/> 2L	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4R	<input type="checkbox"/> 4L			
			<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10R	<input type="checkbox"/> 10L					
			<input type="checkbox"/> 11R	<input type="checkbox"/> 11L	<input type="checkbox"/> 12-13	<input type="checkbox"/> 14 R	<input type="checkbox"/> 14L					
<b>Größe</b>	mm											
<b>Punktionsweg durch</b>	<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Pleuraspalt	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fremdorgan _____								
<b>Zusatzdiagnostik prä</b>	CEUS	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nekrose	<input type="checkbox"/> art. Hypervask.	FKDS	<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"/> Punktionsaufsatz	<input type="checkbox"/> Punktionsschallkopf	<input type="checkbox"/> EBUS (flexibles BSK)			<input type="checkbox"/> EU				
<b>Nadeltyp</b>	<input type="checkbox"/> Saugbiopsie	<input type="checkbox"/> Schneidbiopsie: <input type="checkbox"/> Vollzyylinder	<input type="checkbox"/> TruCut	<input type="checkbox"/> Koaxial-Nadel	<input type="checkbox"/> FNA-Nadel	<input type="checkbox"/> EUS-FNA	<input type="checkbox"/> EUS-FNB	<input type="checkbox"/> EBUS-TBNA				
<b>Nadelgröße</b>	G		mm		Darstellbarkeit Nadel		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Auslöse-mechanismus</b>	<input type="checkbox"/> manuell	<input type="checkbox"/> halbautomatisch	<input type="checkbox"/> automatisch	Punktionshäufigkeit: _____								
<b>Zusatzdiagnostik intra</b>	Bildfusion	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRT	US-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										
Interventionserfolg												
Technisch erfolgreich?		<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:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anatom. Besonderheit	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				Zytologie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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-Sedierung / Analgesie												
<b>Hypotension</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Volumengabe	<input type="checkbox"/> Katecholamine		<input type="checkbox"/> Aspiration	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Absaugung			
<b>HRST</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie		<input type="checkbox"/> Defibrillation							
<b>Ventilatorische Insuffizienz</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Erhöhter O2-Bedarf		<input type="checkbox"/> Naso-/Oropharyng. Tubus		<input type="checkbox"/> Assistierte Ventilation		<input type="checkbox"/> ETI			
AE-Intervention												
<b>Schmerzen peri</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	NRS(1-10): _____					<input type="checkbox"/> Hämatothorax	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				
<b>Schmerzen post</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	NRS(1-10): _____					<input type="checkbox"/> Pneumothorax	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				
<b>Vasovagale Reaktion</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein						<input type="checkbox"/> Freie Flüssigkeit post	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				
												<input type="checkbox"/> Perforation
<b>Relevante Blutung</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> open channel <input type="checkbox"/> Hb-Abfall > 2g/dl <input type="checkbox"/> andere: _____					<input type="checkbox"/> Fistel	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				
							<input type="checkbox"/> Thrombose/ LAE	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				
<b>Hinweise auf Infektion</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> Fieber			<input type="checkbox"/> Sepsis/Bakteriämie		<input type="checkbox"/> Materialdefekt
		<input type="checkbox"/> Weichteilinfektion (lokal)			<input type="checkbox"/> Abszess/Empyem		andere: _____					
AE-Folgen												
<b>Verlängerung KH-Dauer</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> Analgetische Therapie		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Welche / Wann: _____					
<b>Stationäre Wiederaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wann: _____		<input type="checkbox"/> Gerinnungsakt. Substanzen		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> lokal	<input type="checkbox"/> systemisch				
<b>Verlegung in ext. KH</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> Re-Intervention		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Welche / Wann: _____					
<b>Intensivstation</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wann: _____		<input type="checkbox"/> Operation		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Welche / Wann: _____					
<b>Transfusion</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wann: _____		<input type="checkbox"/> Radiologische Intervention		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Welche / Wann: _____					
<b>Reanimation</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wann: _____		<input type="checkbox"/> Drainage		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein						
<b>Antibiose (neu)</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Welche / Wann: _____		<input type="checkbox"/> Tod - interventionsabh.		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein						
				<input type="checkbox"/> andere:		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ggf. erläutern:					