

CRF-Thorax

Diagnostische 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"/> 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 | | | | |
| Lokalisation (exkl. FBUS/EUS) | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> ventral | <input type="checkbox"/> dorsal | <input type="checkbox"/> lateral | | | | | | | |
| Struktur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> LK-Level (EBUS /EUS) → | | | | | | | |
| | Parenchym | Solide Läsion: | Liquide Läsion: <input type="checkbox"/> Erguss <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Empyem <input type="checkbox"/> lokale Flüssigkeits-ansammlung <input type="checkbox"/> postinterv./operative Fl. Verhalt | LK (exkl. 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 | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Größe | mm | | | | | | | | | | | |
| Punktionsweg durch | <input type="checkbox"/> Gefäße | <input type="checkbox"/> Pleuraspalt | <input type="checkbox"/> Pleuraerguss | <input type="checkbox"/> Fremdorgan _____ | | | | | | | | |
| Zusatzdiagnostik prä | 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 | | | |
| 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"/> EBUS (flexibles BSK) | | <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 | <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA | | | | |
| Nadelgröße | _____G | | _____mm | | Darstellbarkeit Nadel | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Auslöse-mechanismus | <input type="checkbox"/> manuell | <input type="checkbox"/> halbautomatisch | <input type="checkbox"/> automatisch | | Punktionshäufigkeit: _____ | | | | | | | |
| Zusatzdiagnostik intra | 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 type="checkbox"/> | <input 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 | | | | | | | | | | | | |
| Hypotension | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> Volumengabe | <input type="checkbox"/> Katecholamine | | Aspiration | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> Absaugung | | |
| HRST | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie | | <input type="checkbox"/> Defibrillation | | | | | | | |
| Ventilatorische Insuffizienz | <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 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
| | | | | | | | Perforation | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Relevante Blutung | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> open chanel <input type="checkbox"/> Hb-Abfall > 2g/dl <input type="checkbox"/> andere: _____ | | | | Fistel | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | | | | | | | Thrombose/ LAE | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Hinweise auf Infektion | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> Nein | | <input type="checkbox"/> Fieber | | <input type="checkbox"/> Sepsis/Bakteriämie | | Materialdefekt | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Weichteilinfektion (lokal) | | <input type="checkbox"/> Abszess/Empyem | | andere: _____ | | | | | |
| AE-Folgen | | | | | | | | | | | | |
| Verlängerung KH-Dauer | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | | Analgetische Therapie | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Welche / Wann: _____ | | | | |
| Stationäre Wiederaufnahme | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Wann: _____ | | Gerinnungsakt. Substanzen | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> lokal | <input type="checkbox"/> systemisch | | |
| Verlegung in ext. KH | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | | Re-Intervention | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Welche / Wann: _____ | | | | |
| Intensivstation | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Wann: _____ | | Operation | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Welche / Wann: _____ | | | |
| Transfusion | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Wann: _____ | | Radiologische Intervention | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Welche / Wann: _____ | | | |
| Reanimation | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Wann: _____ | | Drainage | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| Antibiose (neu) | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | Welche / Wann: _____ | | Tod - interventionsabh. | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| | | | | | andere: | | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | | ggf. erläutern: | | | |