

I. Erstaufnehmende Klinik

Name der Klinik: _____

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____

Aufnahme:

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Ereigniszeitpunkt:

Neurovaskuläre Erkrankung: _____

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Wenn Ereigniszeitpunkt unbekannt:

Zuletzt gesund gesehen: Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

NIH-SS (Pkte) bei Aufnahme in zuweisende Klinik: ____ bei Verlegung aus zuweisender Klinik: ____

Aktuelle Vigilanz: wach somnolent komatös intubiert/beatmet

Wesentliche Vorerkrankungen: _____

Gerinnungsrelevante Vormedikation:

ASS Clopidogrel andere TFH _____

Marcumar, INR _____ Heparin _____

NOAK: Dabigatran, Rivaroxaban Apixaban Edoxaban

letzte Einnahme: Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Weitere relevante Medikation: _____

Erstbildgebung: CCT CT-A CT-P MRT

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Therapie:

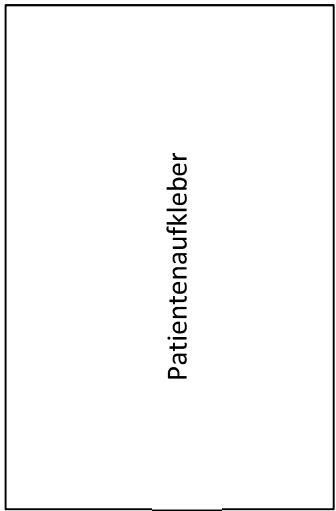
Systemische Thrombolyse ja nein

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Thrombektomie ja nein

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Andere Therapie: _____



Kontaktaufnahme:

Klinik: _____

Datum: _____._____._____

Uhrzeit: ____:_____

Abfahrt:

Datum: _____._____._____

Uhrzeit: ____:_____

NAW

RTW

Luftgebunden

Übernahme abgelehnt/nicht möglich

Bemerkungen: _____

II. Übernehmende Klinik

Name der Klinik _____

Ankunft: Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Betroffene intrakranielle Gefäße:

- Vordere Zirkulation Hintere Zirkulation Sonstige
- A. Subclavia/ Tr. Brachiocephalicus V1-V3 V4
- BA PCA MCA ACA ACI sonstige

NIH-SS (Pkte): _____

mRS unmittelbar vor dem Schlaganfall: _____

mRS unmittelbar vor der Intervention: _____

Bildgebung: CCT CT-A CT-P MRT

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Therapie:

Systemische Thrombolyse ja nein

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Intubation ja nein

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Thrombektomie ja nein

Pharmakologische Therapie: ja nein

Mechanische Rekanalisation: ja nein

- Aspiration distal Stent Retrieving Ballon-PTA
- Intrakranieller Stent extrakranieller Stent Proximale Ballonkontrolle

Ankunft Angiographie:

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Interventionsbeginn (Leistenpunktion)

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Erster Thrombektomiezeitpunkt

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Letzter Thrombektomiezeitpunkt:

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Anzahl der Rekanalisationsversuche: _____

Passes: _____

Abschlusskontrolle in 2 Ebenen:

Datum: _____._____._____ Uhrzeit: ____:____

Rekanalisationsergebnis TICl: III IIc IIb IIa I 0

Patientenaufkleber

Durchleuchtungszeit: _____ (min:s)

Dosis: _____ mGy cm²

Besonderheiten: _____

Neurochirurgische Intervention ja nein

Prozedur: _____

Datum: _____._____._____

Uhrzeit: ____:_____

Bemerkungen: _____

III. Weitere Behandlung & Outcome

Aufnahme auf: Stroke Unit Neuro ICU Anästhesiologie ICU Med ICU IMC

NIH p24h oder nach Extubation: _____

NIH bei Entlassung: _____

Rankin bei Entlassung: _____

Rückmeldung an einweisende Klinik ja nein

Ansprechpartner: _____

Datum: _____._____._____

Uhrzeit: ____:_____