

# Trauma

Vorname: _____	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	 Klinikum Musterhausen Akademisches Krankenhaus der Universität Musterhausen Musterweg 40 12345 Musterhausen Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin Leitung: Prof. Dr. med. Mustermann Leiter ZNA: Dr. med. Mustermann Telefon ZNA: 0765-123456789 0765-123456788
Name: _____	Geburtsdatum: _____	
Patienten- ID: 2010-____		

**Angemeldetes Verletzungsmuster:**

<b>Stammdaten:</b>	<b>Ursache:</b>	<b>Unfallart:</b>	<b>Sturz</b>
Unfalldatum: _____	<input type="checkbox"/> Trauma	<b>Verkehr</b>	<input type="checkbox"/> unter 3m
Unfallzeit: _____ Uhr	<input type="checkbox"/> v.a. Gewaltverbrechen	<input type="checkbox"/> PKW/LKW Insasse <input type="checkbox"/> Helm/Gurt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intubation	<input type="checkbox"/> über 3m
ASA vor Trauma: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> v.a. Suizid	<input type="checkbox"/> Motorradfahrer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intubation	<b>Sonstiges</b>
	<b>Trauma:</b>	<input type="checkbox"/> Fahrradfahrer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intubation	<input type="checkbox"/> Schlag
	<input type="checkbox"/> stumpf	<input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intubation	<input type="checkbox"/> Schuss
	<input type="checkbox"/> penetrierend	<input type="checkbox"/> sonstige _____	<input type="checkbox"/> Stich

<b>Prälinik:</b>	<b>Erste Vitalwerte</b>	<b>Präklinische Therapie</b>	<b>Präklinische Diagnose</b>
Alarmierungszeit: _____ Uhr	AF <b>A</b> _____ /min	<input type="checkbox"/> C-Spine Protection <b>A</b>	<b>Lokalisation (Geschätzter AIS-Grad)</b>
Eintreffzeit: _____ Uhr	O <sub>2</sub> sat <b>B</b> _____ %	<input type="checkbox"/> Intubation	Kopf <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> stabil
Beginn Transport: _____ Uhr	etCO <sub>2</sub> _____ mmHg	<input type="checkbox"/> supraglottische Atemwegshilfe	Gesicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	RR sys <b>C</b> _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Surgical Airway	Thorax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	HF _____ /min	<input type="checkbox"/> Thoraxdrainage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>B</b>	Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Augenöffnung</b> <b>Verbale Antwort</b> <b>Motorische Antwort</b>	<input type="checkbox"/> Sauerstoff <b>C</b>	Becken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> Aufforderung	<input type="checkbox"/> venöser Zugang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>C</b>	Wirbelsäule <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Aufforderung <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> gezielt	<input type="checkbox"/> arterieller Zugang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> radial <input type="checkbox"/> femoral	Obere Extremität <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Schmerzreiz <input type="checkbox"/> inadäquat <input type="checkbox"/> ungezielt	<input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> subclavia <input type="checkbox"/> femoral	Untere Extremität <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unverständlich <input type="checkbox"/> Streckkrämpfe	<input type="checkbox"/> IO Zugang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jugularis	Weichteil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Kristalloide _____ ml	
	Summe: _____ + _____ + _____ = GCS <b>D</b>	<input type="checkbox"/> Kolloide _____ ml	
	<b>Pupillenweite</b> <b>Lichtreaktion</b>	<input type="checkbox"/> Small Volume	
	<input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> prompt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage	
	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> träge <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Defibrillation	
	<input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Katecholamine	
	<input type="checkbox"/> Intoxikation <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Blutstillung <input type="checkbox"/> Druckverband <input type="checkbox"/> Tourniquet	
	Temp: _____ °C <b>E</b>	<input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> reponiert <input type="checkbox"/> immobilisiert <input type="checkbox"/> achsengerechte gelagert	
	Schmerz: _____	<input type="checkbox"/> FAST: _____	
	<input type="checkbox"/> Analgosedierung <b>D</b>	<input type="checkbox"/> Analgosedierung <b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Thermoprotektion <b>E</b>	<input type="checkbox"/> Thermoprotektion <b>E</b>	
		<b>NACA-Score</b>	
		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII	
		<b>Bemerkung:</b>	

<b>Schockraum Therapie</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<input type="checkbox"/> C-Spine Protection	<input type="checkbox"/> Kristalloide _____ ml	<input type="checkbox"/> Thoraxdrainage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> venöser Zugang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Analgosedierung <b>D</b>	<input type="checkbox"/> Aktiver Wärmeerhalt <b>E</b>
<input type="checkbox"/> Intubation	<input type="checkbox"/> Kolloide _____ ml	<input type="checkbox"/> Sauerstoff	<input type="checkbox"/> arterieller Zugang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> radial <input type="checkbox"/> femoral	<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/> Defibrillation
<input type="checkbox"/> supraglottische Atemwegshilfe	<input type="checkbox"/> Small Volume		<input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> subclavia <input type="checkbox"/> femoral <input type="checkbox"/> jugularis	<input type="checkbox"/> Katecholamine	<input type="checkbox"/> Blutstillung <input type="checkbox"/> Druckverband <input type="checkbox"/> Tourniquet
<input type="checkbox"/> Surgical Airway	<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage		<input type="checkbox"/> IO Zugang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> reponiert <input type="checkbox"/> immobilisiert <input type="checkbox"/> achsengerechte gelagert	

**Schockraumdiagnostik regulär beendet ?**

**J**  OP  Intensiv  andere

**N**  Abbruch wegen Not-OP  Pat. verstorben

Diagnostik vor ICU Aufnahme komplett?

Pat. verlegt nach: \_\_\_\_\_

Beginn der OP: \_\_\_\_\_ Uhr

**Team Mitglieder**

Anaesthesist: \_\_\_\_\_ ZINA: \_\_\_\_\_

Chirurg: \_\_\_\_\_ Andere: \_\_\_\_\_

Radiologe: \_\_\_\_\_ MTRA: \_\_\_\_\_

**Erster operativer Notfalleingriff:**

Laparotomie  Revaskularisation  Embolisation

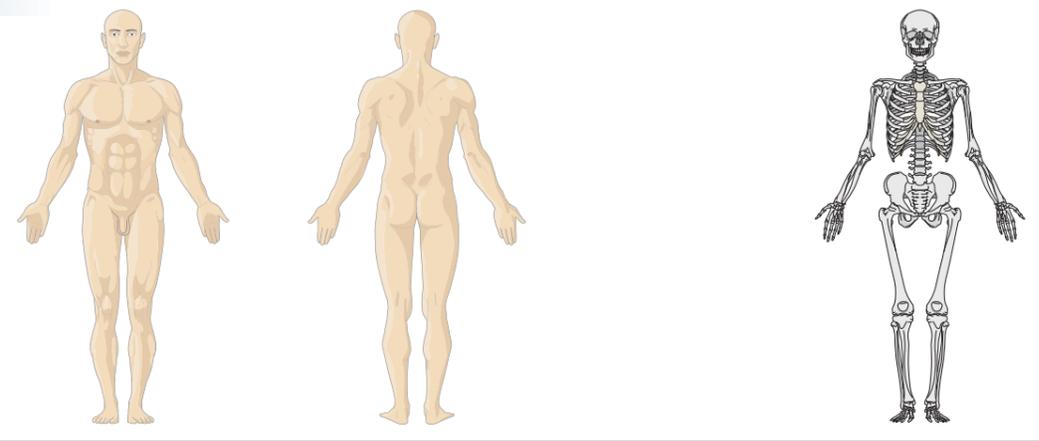
Craniotomie (incl. Bohlochtrepanation)  Thorakotomie (ohne Thoraxdrainage)

Stab. Extremität  Stab. Becken

**Klinik:** relevanter gefühlter Blutverlust?

<b>Erste Vitalwerte</b> (siehe Basismodul)	<b>Ergebnisse Bildgebung</b>
etCO <sub>2</sub> _____ mmHg <b>B</b>	
<b>Schockraum Diagnostik / Adjuncts</b>	
<input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> opb _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Röntgen: Wirbelsäule _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Röntgen: Thorax _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Röntgen: Becken _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Röntgen: Extremität _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Röntgen: Sonstiges: _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> CCT _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Traumaspirale _____ Uhr	
<b>Aufnahmelabor</b>	
BE _____ mmol/l Quick _____ % Hb _____ % pH _____ <input type="checkbox"/> ROTEM	

**Abschlussdiagnosen**



**Weiteres Procedere / Noch nicht durchgeführte Diagnostik / Noch zu Versorgen / Anweisung für Station**

**Unterschrift Traumaleader:** \_\_\_\_\_