

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: _____

Patientenaufkleber

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 TICI: ☐ 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: ____:_____