

Dokumentationsbogen PRÄHOSPITALE LYSE THERAPIE

Die nachfolgende Checkliste stellt eine Hilfe beim Einsatz der präklinischen Thrombolyse dar. Sie entbindet den Notarzt nicht von der Verpflichtung, sich über die Indikation, Kontraindikation, Anwendung, Dosierung und Überwachung der durchgeführten Therapie zu informieren.

Patientendaten:

Name:	Vorname:	Geb. Dat.:
Straße:	PLZ:	Wohnort:

Datum:	Rettungsmittel:	Einsatznummer:
Notarzt:	Ausbildung des Notarztes: AssArzt FA Innere . Chirurgie . Anästhesie . Sonst.	

Beschwerdebeginn:	Eintreffen Notarzt:	Thrombolysebeginn:	Klinikübergabe:
Uhr	Uhr	Uhr	Uhr

Klinische Beschwerden: - typischer nitratrefraktärer Thoraxschmerz - Beschwerdebeginn < 4 Std.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
EKG-Veränderungen: - ST-Hebung ≥ 0,1 mV in ≥ 2 benachbarten Extremitäten-Ableitungen (≥ 0,2 mV in den Brustwandableitungen) oder neu aufgetretenem Linksschenkelblock bei typischer Symptom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *

Kontraindikationen/Risikofaktoren: Ja Nein Ja Nein

Intrazerebrale Blutung u./o. SHT < 1 Monat, ZNS-O.P. < 2 Monate, ZNS-Malignom	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	Orale Antikoagulation, Blutungsneigung (z.B. Hämophilie)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Aortendissektion, Perikarditis zerebrovaskuläre Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	Alter > 75 Jahre (Ausnahme: biologisch deutlich jüngere Pat.)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Manifeste Blutungen (urogenital o. gastrointestinal) < 6 Wochen	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	Therapierefraktäre Hypertonie (RRsyst.>180, RR diast.>110)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Operative Eingriffe < 6 Wochen Gravidität, < 1 Woche post partum	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	Aktiv.Ulkusleiden oder chron.-entzündliche Darmerkrankung, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Mechnische kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Akute Pankreatitis, Endokarditis akt.Lungen-Tbc, Bronchiektasen	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Arterielle Punktion oder i.m.- Injektion < 24 Std.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z.n.TIA oder nach Apoplex, diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>

Falls ein mit * markiertes Feld zutrifft, ist von einer präklinischen Thrombolyse abzusehen, ansonsten ist das Risiko gegen den zu erwartenden Nutzen abzuwägen.

	Ja	Nein
Patient ist einwilligungsfähig (Zustimmung z. Therapie n. ausführlicher Aufklärung), ansonsten Handlung im Rahmen der Geschäftsführung ohne Auftrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten:

(Unterschrift Notarzt)

Um die Effizienz der präklinischen Thrombolyse dokumentieren zu können, ist eine Aufarbeitung der Daten erforderlich. **Dieser Dokumentationsbogen ist daher in jedem Fall einer geprüften Thrombolyseindikation oder durchgeführten Thrombolyse dem Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes per Fax oder Email zuzuleiten.**

