



Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

BASIS

Basisdokumentation

1 **Institutionskennzeichen**

2 **Betriebsstätten-Nummer**

3 **Fachabteilung**
 § 301-Vereinbarung *

4 **Identifikationsnummer des Patienten**

5 **Geburtsdatum**
 TT.MM.JJJJ

6 **Geschlecht**
 1 = männlich
 2 = weiblich

7 **Aufnahmedatum**
 TT.MM.JJJJ

8 **Uhrzeit**
 hh:mm

9 **Schlaganfall im Sinne der Einschlusskriterien**
 0 = nein
 1 = ja

wenn Feld 9 = 0

10 **Begründung**
 1 = Operation / **Intervention** (nicht im Zusammenhang mit der Schlaganfallakutbehandlung, **aber noch innerhalb der 1. Woche**)
 2 = Schlaganfall älter als 1 Woche
 3 = **nur Frührehabilitation ohne Akutbehandlung**
 4 = **Sonstiges**
weiterhin auszufüllen sind die Felder 62 und 63, nicht der Pflegebogen

Patient

11 **Schlaganfalldatum**
 TT.MM.JJJJ

12 **Uhrzeit**
 hh:mm

wenn Feld 11 und 12 unbekannt

13 **Schätzwert (vor Aufnahme)**
 1 = <= 2 h 4 = > 6 - 24 h
 2 = > 2 - 3 h 5 = > 24 - 48 h
 3 = > 3 - 6 h 6 = > 48 h

14 **Einweisung / Verlegung**
 1 = selbst
 2 = Notarzt
 3 = Sanitäter
 4 = andere Klinik
 5 = Hausarzt
 6 = andere Abteilung
 7 = bereits stationär in Fachabteilung

15 **Aufnahmeeinheit**
 1 = Allgemeinstation
 2 = Intensivstation
 3 = Schlaganfalleinheit lt. Konzeption BaWü

16 **Patientenversorgung**
 1 = Diagnostik und Therapie im selben KH: **kompletter Bogen ist auszufüllen**
 2 = nur Diagnostik (Verlegung innerhalb 24 h): **auszufüllen sind die Felder 1 bis 42 und 62 bis 68, nicht der Pflegebogen**
 3 = nur Therapie (Diagnostik und Festlegung des Behandlungsregimes in verlegendem / einweisendem Krankenhaus): **kompletter Bogen ist auszufüllen außer Feld 17 und 18**

Aufnahme

17 **fachneurologische Untersuchung**
 0 = keine
 1 = < 30 min
 2 = 30 min - 3 h
 3 = > 3 h

18 **fachinternistische Untersuchung**
 0 = keine
 1 = < 30 min
 2 = 30 min - 3 h
 3 = > 3 h

19 **Beatmung innerhalb 24 h nach Aufnahme**
 0 = nein
 1 = ja

Neurologischer Befund / Symptome

20 **Bewusstseinslage**
 1 = wach
 2 = somnolent / soporös
 3 = komatös

21 **Paresen**
 0 = keine
 1 = Monoparese (inkl. **partielle Parese**)
 2 = Hemiparese
 3 = Tetraparese
 4 = **nicht bestimmbar**
 5 = **nicht bestimmt**

22 **Sprachstörung**
 0 = nein
 1 = ja
 2 = **nicht bestimmbar**
 3 = **nicht bestimmt**

23 **Sprechstörung**
 0 = nein
 1 = ja
 2 = **nicht bestimmbar**
 3 = **nicht bestimmt**

24 **Dauer aller akuten Schlaganfallsymptome**
 1 = < 1 h
 2 = 1 - 24 h
 3 = > 24 h

25 **Kontraindikation gegen Lysetherapie vor Bildgebung bekannt?**
 0 = nein
 1 = ja

26 **NIH Stroke Scale (bei Aufnahme) ***

Komorbiditäten

27 **Re-Insult**
 0 = nein
 1 = ja

28 **Diabetes mellitus**
 0 = nein
 1 = ja

29 **Vorhofflimmern**
 0 = nein
 1 = ja

30 **Hypertonie**
 0 = nein
 1 = ja

31 **Hypercholesterinämie**
 0 = nein
 1 = ja

Behinderung (Rankin-Scale)

32 **vor Insult (geschätzt)**
 Schlüssel 1

33 **bei Aufnahme**
 Schlüssel 1

Überwachung / Diagnostik

34 **1. relevante Bildgebung**
 0 = nein
 1 = CCT
 2 = MRT
 3 = CCT und MRT

wenn Feld 34 > 0

35 **Zeitpunkt der Bildgebung**
 1 = vor Aufnahme
 2 = nach Aufnahme

wenn Feld 35 = 2

36 **Datum**

37 **Uhrzeit**

38 **Frische Läsion in Bildgebung**
 0 = nein
 1 = ja



Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

39 TTE / TEE
 0 = nein
 1 = ja

40 Beginn **kontinuierliches Monitoring**
 0 = kein
 1 = < 1 h
 2 = 1 - 24 h
 3 = > 24 h

Hirngefäßdiagnostik

41 intrakraniell
 0 = nein
 1 = ja

42 extrakraniell
 0 = nein
 1 = ja

Lysetherapie

43 Thrombolyse i.v.
 0 = nein
 1 = ja

44 Thrombolyse i.a. (inkl. Intervention)
 0 = nein
 1 = ja

wenn Feld 43 und / oder 44 = 1

45 Beginn der 1. Lyse
 TT.MM.JJJJ . .

46 Uhrzeit
 hh:mm :

Funktionstherapie

47 Physiotherapie
 0 = nein
 1 = < 24 h
 2 = 24 - 48 h
 3 = > 48 h

wenn Feld 47 > 0

48 Häufigkeit pro Woche (1. Woche)

49 Logopädie
 0 = nein
 1 = <= 48 h
 2 = > 48 h

wenn Feld 49 > 0

50 Häufigkeit pro Woche (1. Woche)

51 Ergotherapie
 0 = nein
 1 = <= 48 h
 2 = > 48 h

wenn Feld 51 > 0

52 Häufigkeit pro Woche (1. Woche)

Therapie / Sekundärprophylaxe

53 Antikoagulation einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief
 0 = nein
 1 = ja

54 Thromboseprophylaxe
 0 = nein
 1 = ja

55 Thrombozytenfunktionshemmer <= 48 h nach Ereignis
 0 = nein
 1 = ja

56 Thrombozytenfunktionshemmer bei Entlassung
 0 = nein
 1 = ja

Verlauf

57 Komplikationen
 0 = nein
 1 = ja

wenn Feld 57 = 1

58 **nosokomiale** Pneumonie
 1 = ja

59 Thrombose / Lungenembolie
 1 = ja

60 Sonstige
 1 = ja

61 Wurde die Behandlung durch das Vorliegen einer Patientenverfügung / eines **Patientenwunsches** beeinflusst?
 0 = nein
 1 = ja

Entlassung / Verlegung

62 Entlassungsdatum
 TT.MM.JJJJ .

63 Entlassungs- / Verlegungsdiagnose
 ICD-10 Einschlussdiagnose * .

64 Entlassungsgrund
 § 301-Vereinbarung *

wenn Feld 64 ≠ 6, 7, 8, 9 oder 11

65 Weiterbehandlung in Reha-Klinik
 0 = nein
 1 = ja
 2 = beantragt
 3 = Ablehnung durch Patient / Kostenträger

* siehe Anlagen 1 bis 4

wenn Feld 65 = 1

66 ab wann
 1 = sofort
 2 = innerhalb 3 Tage (nach Entlassung)
 3 = ab 4 Tage (nach Entlassung)

wenn Feld 64 ≠ 6, 7, 8 oder 11

Information des Patienten und / oder der Angehörigen vor Entlassung

67 durch Arzt zu Krankheitsverlauf / Prävention
 0 = nein
 1 = ja

68 durch Sozial- / Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten
 0 = nein
 1 = ja

Untersuchung bei Entlassung

Neurologischer Befund / Symptome

69 Bewusstseinslage
 1 = wach
 2 = somnolent / soporös
 3 = komatös

70 Paresen
 0 = keine
 1 = Monoparese (inkl. partielle Parese)
 2 = Hemiparese
 3 = Tetraparese
 4 = nicht bestimmbar
 5 = nicht bestimmt

71 Sprachstörung
 0 = nein
 1 = ja
 2 = nicht bestimmbar
 3 = nicht bestimmt

72 Sprechstörung
 0 = nein
 1 = ja
 2 = nicht bestimmbar
 3 = nicht bestimmt

Behinderung (Rankin-Scale)

73 bei Entlassung
 Schlüssel 1

Schlüssel 1: Rankin-Scale

0 = keine Symptome
 1 = keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptome
 2 = geringgradig
 3 = mäßiggradig
 4 = mittelschwer
 5 = schwer
 6 = Tod