



Datum	Pat.-Initialen <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	(OPC) Vorzustand des Patienten allgemein <input type="checkbox"/> gut leistungsfähig <input type="checkbox"/> mäßige Behinderung <input type="checkbox"/> schwere Behinderung	(CPC) cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Notärztliches Rettungsmittel
Uhrzeit	Geb.-Dat. / Alter			Einsatz-Nr.

Arbeitsdiagnose:  
Lungenembolie

Arbeitsdiagnose:  
Reanimation

Arbeitsdiagnose:  
Myocardinfarkt

<b>Symptomatik</b> <input type="checkbox"/> Thoraxschmerz <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> _____ <b>Symptombeginn</b> um ____:____ Uhr <input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> geschätzt <b>Hinweis auf Lungenembolie durch</b> <input type="checkbox"/> <b>Anamnese</b> <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Thrombophilie <input type="checkbox"/> TVT _____ <input type="checkbox"/> OP _____ <input type="checkbox"/> EKG _____ <input type="checkbox"/> <b>Weitere Befunde:</b> _____ <b>Schweregrad</b> <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV RR _____ HF _____ SpO <sub>2</sub> _____ <input type="checkbox"/> unter Katecholaminen	<b>Bitte auch Reanimationsprotokoll ausfüllen!</b> <b>Vermutete Ursache des Kreislaufstillstands</b> <input type="checkbox"/> Lungenembolie bitte auch linke Spalte ausfüllen! <input type="checkbox"/> Myocardinfarkt bitte auch rechte Spalte ausfüllen! <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache: _____ <b>Abwägung der Thrombolyse-Indikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> „Konventionelle“ Therapie frustan</li> <li><b>Hypoxiezeit</b>            (=Symptom- bis Reanimationsbeginn)  <input type="checkbox"/> bekannt: _____ Minuten  <input type="checkbox"/> geschätzt: _____ bis _____ Minuten</li> <li><b>Reanimationszeit</b>            (=Reanimationsbeginn bis Lyse-            Erwägung) _____ Minuten</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>Kardiogener Schock mit eingeschränkter Transportfähigkeit</b> RR _____ HF _____ SpO <sub>2</sub> _____ <input type="checkbox"/> unter Katecholaminen <input type="checkbox"/> <b>Zeitspanne bis mögliche Intervention (ab jetzt!)</b> _____ Minuten <input type="checkbox"/> größer als 90 Minuten <input type="checkbox"/> Intervention nicht möglich Grund: _____ <input type="checkbox"/> <b>Zeitspanne seit Symptombeginn (bis jetzt!)</b> _____ Minuten <input type="checkbox"/> kleiner als 60 Minuten
---	---	--

**Erscheint Thrombolyse-Therapie (in Bezug auf individuelle Lebensqualität) prognostisch günstig ?**

ja  nein weiter bei "Unterschrift"

<b>(absolute)</b> <input type="checkbox"/> Akute neurologische Symptomatik <input type="checkbox"/> Schlaganfall (letzte 12 Monate) <input type="checkbox"/> wesentliches Trauma / OP / Kopfverletzung (letzte 3 Wochen) <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Blutung (letzter Monat) <input type="checkbox"/> Hämorrhagische Diathese <input type="checkbox"/> Hinweis auf Aortendissektion	<b>Kontraindikationen<sup>[DGR 2000]</sup> ?</b>	<b>(relative)</b> <input type="checkbox"/> TIA in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> Therapie mit Marcumar® oder anderen oralen Antikoagulantien <input type="checkbox"/> nicht komprimierbare Gefäßpunktion <input type="checkbox"/> i.m.-Injektion <input type="checkbox"/> therapierefraktäre Hypertonie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
---	--	--

Kontraindikationen  
 sind nicht vorhanden  
 sind akzeptabel

Kontraindikationen  
 sprechen gegen Thrombolyse weiter bei "Unterschrift"

Einverständnis des Patienten  
 nach mündlicher Aufklärung eingeholt  
 dem mutmaßlichen Willen entsprechend  
 (nach Rücksprache mit Angehörigen)

Thrombolyse abgelehnt  
 vom Patienten selbst  
 mutmaßlicher Patientenwille weiter bei "Unterschrift"

<u>Metalyse</u>	<u>mg</u>	<u>Zeit</u>
Notarzt (Name)	Notarzt (Unterschrift)	