

Stammdaten

Allgemein

- **Systemidentifikation [SYSID]**
System ID (eindeutige ID in der Datenbank)
- **Zentrumseigene Patienten-Fallnummer [PATIDMD5]**
Verschlüsselte Darstellung der zentrumseigenen Patienten-Fallnummer. Nach Eingabe der Fallnummer wird diese beim Verlassen des Eingabefeldes verschlüsselt (MD5Hash). Eine Korrektur ist durch Klicken des Buttons "Fallnummer Neueingabe" möglich. Werden die Daten aus einem anderen System importiert (maschinenlesbare Protokolle mit Patientenetikett und Barcode oder PC-gestützte Dokumentationssysteme), erscheint die Fallnummer direkt in verschlüsselter Form.
- **Fallnummer Neueingabe**
Löscht die verschlüsselte Fallnummer und ermöglicht eine Neueingabe. Nach Neueingabe der Fallnummer wird diese beim Verlassen des Eingabefeldes sofort erneut verschlüsselt, daher Feld nicht verlassen, bis die neu eingegebene Nummer kontrolliert ist.
- **Geschlecht [GESCHLECHT]***
Geschlecht des Patienten. **Pflichtfeld**
- **Geburtsjahr [GEBURTSJAHR] ***
Geburtsjahr des Patienten (Wertebereich 1900 bis aktuelles Jahr). **Pflichtfeld**
- **Körpergröße [GROESSE]**
Körpergröße des Patienten (Wertebereich 30-249 cm).
- **Gewicht [GEWICHT]***
Gewicht des Patienten (Wertebereich 1-249 kg). **Pflichtfeld**
- **Chronischer Schmerzpatient [CPS]**
Patient mit nicht-tumorbedingtem Schmerz über 3 Monate oder länger (CPS=Chronic Pain Syndrome).
- **Tumorschmerz [TS]**
Patient mit Schmerzen bedingt durch eine Tumorerkrankung (unabhängig vom operativen Eingriff).
- **Sonstiger Schmerz ohne OP [BS]**
Patient mit sonstigem Schmerz (unabhängig vom operativen Eingriff).
- **Opioide > 1 Monat [OPIOIDE]**
Einnahme von Opioidanalgetika über einen Zeitraum > 1 Monat.
- **NOPA > 1 Monat [NSAIDs]**
Einnahme von Nichtopioidanalgetika (NOPA) über einen Zeitraum > 1 Monat.
Feldname [NSAIDs] übernommen aus NRA1.0.
- **NRS Ruhe präop [NRS_RUHE_PRAE]**
Ruheschmerz präoperativ. Einschätzung mittels NRS (numeric rating scale) auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (=maximal vorstellbarer Schmerz).
- **NRS Belastung präop [NRS_BEL_PRAE]**
Belastungsschmerz präoperativ. Einschätzung mittels NRS (numeric rating scale) auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (=maximal vorstellbarer Schmerz).

Komorbidität

- **Operation, alternativ Diagnose [OP]**
Durchgeführte Operation kodiert nach OPS, alternativ Diagnose kodiert nach ICD 10.
Informationen hierzu unter www.dimdi.de
- **ASA-Status [ASA]**
Einschätzung des präoperativen Gesundheitszustandes anhand der ASA (American Society of Anesthesiologists)-Klassifikation.
ASA 1: gesunder Patient,
ASA 2: leichte Allgemeinerkrankung ohne Leistungseinschränkung,
ASA 3: Schwere Allgemeinerkrankung mit Leistungseinschränkung,
ASA 4: lebensbedrohliche Allgemeinerkrankung,
ASA 5: moribunder Patient, der ohne OP voraussichtlich nicht überleben wird.
- **Diabetes [DIABETES]***
Liegt eine Diabetes-Erkrankung vor? Falls ja, bitte dokumentieren Sie den aktuellen HbA1c-Wert. **Pflichtfeld**
- **HBA1C [HBA1C] und HBA1C_EINHEIT [HBA1C_EINHEIT]**
HbA1c-Wert in mmol/mol (Wertebereich 10 - 150 mmol/mol) oder % (Wertebereich 1 - 15%)
- **pAVK > IIa [pAVK]**
Liegt eine periphere arterielle Verschlusskrankheit vor, die klinisch symptomatisch ist (Klassifikation nach Fontaine > IIa)?
Stadium I: asymptomatische pAVK,
Stadium II: Beschwerden beim Gehen „Claudicatio intermittens“
(a: Gehstrecke > 200m, b: Gehstrecke < 200m),
Stadium III: Beschwerden in Ruhe, Stadium IV: Wundheilungsstörungen, Nekrosen
- **Rheumatoide Arthritis [RHEUMA]**
Liegt eine rheumatoide Arthritis (chronisch entzündliche Systemerkrankung des Bindegewebes, vor allem die Gelenke betreffend) vor?
- **Alkoholabusus [ALKOHOL]**
Liegt ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (Männer: reiner Alkohol >30g/d, Frauen: >20g/d) vor? Circa 10g reiner Alkohol sind enthalten in z. B. 0.1l Sekt, 0.25l Bier, 0.1l Wein oder 4 cl Wodka.
- **Drogenabusus [DROGEN]**
Konsumiert der Patient Drogen (nicht näher spezifiziert)?
- **Systemische Infektion bei Anlage [INFEKTION_PRAEOP]***
Liegt zum Zeitpunkt der Regionalanästhesie-Anlage eine systemische Infektion vor?
Pflichtfeld
- **Diagnose Sepsis [SEPSIS]**
Liegt zum Zeitpunkt der Regionalanästhesie-Anlage eine Sepsis (Diagnosekriterien nach geltender Leitlinie) vor? Voraussetzung für die Auswahl dieses Feldes ist die Angabe einer systemischen Infektion zum Zeitpunkt der Anlage.
- **Antibiotikatherapie bei Anlage [ANTIBIOSE_PRAEOP]**
Bekommt der Patient bereits vor Anlage der Regionalanästhesie eine Antibiotika-Therapie?

- Niereninsuffizienz [NIERENINSUFF]***
 Liegt eine Niereninsuffizienz (nicht-dialysepflichtig oder dialysepflichtig) vor? Gibt es klinisch keinen Anhalt für eine Niereninsuffizienz, soll bei normalem Kreatininwert "Nein" und bei nicht bestimmtem Kreatininwert "Nicht bekannt" ausgewählt werden. **Pflichtfeld**
- Kreatininwert [KREA] und Einheit [KREA_EINHEIT] oder Kreatininwert nicht bekannt [KREA_UNBEKANNT]**
 Eingabe des Kreatininwerts in mg/dl (Wertebereich 0.2 - 20 mg/dl) oder µmol/l (Wertebereich 15 - 999 µmol/l) oder Eingabe, dass der Kreatininwert zum Zeitpunkt der Eingabe nicht bekannt ist.
- Kreatinin-Clearance nach Cockcroft-Gault [GFR]**
 Wird aus Geschlecht, Alter, Gewicht und Kreatininwert bestimmt und automatisch eingetragen. Anzeige nur nach Eingabe des Katheter-Anlagedatums (Berechnung des Alters).
- Leberinsuffizienz CHILD C [LEBERINSUFF]**
 Liegt eine Leberinsuffizienz vor, die nach der CHILD-PUGH-Klassifikation als Stadium C eingestuft ist?

Kriterium	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	Einheit
Serum-Bilirubin (gesamt)	< 2,0	2,0–3,0	> 3,0	mg/dl (x 17,104 = µmol/l)
	< 34,208	34,208–51,312	> 51,312	µmol/l
Serum-Albumin	> 3,5	2,8–3,5	< 2,8	g/dl
Quick-Wert	> 70	40 - 70	< 40	%
Aszites im Ultraschall	keiner	leicht	mittelgradig	–
hepatische Enzephalopathie	keine	Stadium I–II	Stadium III–IV	–

- Gerinnungsstörung bekannt [GERINNUNG]**
 Ist bei dem Patienten eine Gerinnungsstörung (nicht näher spezifiziert) bekannt?
- Thrombozytenzahl [THROMBOS]**
 Bitte dokumentieren Sie die aktuelle Thrombozytenzahl (x/µl).
- INR [INR]**
 Bitte dokumentieren Sie die aktuelle INR (International Normalized Ratio).
- PTT [PTT]**
 Bitte dokumentieren Sie die aktuelle PTT (Partial Thromboplastin Time) in Sekunden (s).
- Anti-Xa [ANTI_XA]**
 Bitte dokumentieren Sie den aktuellen Anti-Xa-Wert in IU/ml.

Immundefizienz

- Einnahme von Steroiden > Cushing-Schwelle [IMMUN_STEROIDE]**
 Nimmt der Patient seit >7 Tagen Steroide in einer Dosierung oberhalb der Cushing-Schwelle ein?
- Sonstige Immunsuppressiva [IMMUN_SUPPRESSIVA]**
 Nimmt der Patient sonstige immunsuppressive Medikamente ein (z.B. Methotrexat)?

- **Z.n. Transplantation [IMMUN_TX]**
Wurde der Patient transplantiert und steht unter einer entsprechenden immunsuppressiven Therapie?
- **Maligne Tumorerkrankung [IMMUN_TUMOR]**
Leidet der Patient unter einer malignen Tumorerkrankung?
- **Sonstige immundefiziente Erkrankung, z. B. HIV [IMMUN_ERKRANK]**
Leidet der Patient an einer sonstigen immundefizienten Erkrankung (z. B. HIV)?

Antikoagulation bei Anlage

- **Antikoagulation [ANTIKOAG]***
Der Patient wird oder wurde mit gerinnungswirksamen Medikamenten behandelt. **Pflichtfeld**
- **Medikamente [ANTIKOAG_1] - [ANTIKOAG_7]**
Bitte dokumentieren Sie alle Medikamente mit Auswirkungen auf das Gerinnungssystem anhand der vorgegebenen Liste (Pfeiltaste). Hierzu gehören sowohl Medikamente aus der Dauermedikation als auch Medikamente, die zum Bridging eingesetzt wurden.
- **Leitliniengerecht abgesetzt [ANTIKOAG_ENDE_1] - [ANTIKOAG_ENDE_7]**
Bitte dokumentieren Sie für jedes einzelne Medikament, ob es leitliniengerecht abgesetzt wurde oder nicht. Bemerkungen zur Antikoagulation sind im Freitextfeld [ANTIKOAG_FREITEXT] möglich.

Punktion-Anlage

Allgemein

- **Anlagedatum [ANLAGEDATUM]***
Durch Eingabe eines Punkts (".") in das Datumsfeld kann das aktuelle Datum ausgewählt und mit Minus ("-", eins zurück) oder Plus ("+", eins vor) angepasst werden. Alternativ Eingabe über den Kalender. Das Anlagedatum darf nicht in der Zukunft liegen! **Pflichtfeld**
- **Anlageuhrzeit [ANLAGEUHRZEIT]**
Durch Eingabe eines Punkts (".") wird die aktuelle Uhrzeit ausgewählt und kann mit Minus ("-", eine Stunde zurück) oder Plus ("+", eine Stunde vor) angepasst werden. Die Anlageuhrzeit darf nicht in der Zukunft liegen!
- **Anlagedauer [ANLAGEDAUER]**
Dauer der Anlage der Regionalanästhesie (nicht näher definiert). Angabe für jede Lokalisation einzeln.
- **Fachrichtung [FACHRICHTUNG]***
Auswahl der führend behandelnden Fachrichtung über die Pfeiltaste.
Achtung: Geburtshilfe (GEB) als Teilbereich der Gynäkologie (GYN) wird gesondert betrachtet, ebenso traumatologische Notfälle (Trauma-Notfall). **Pflichtfeld**
- **Antibiotische Prophylaxe [ANTIBIOSE_PROPHYL]**
Prophylaktische Gabe von Antibiotika zur OP, entweder als einmalige Gabe (single shot) vor Schnitt oder geplant mehrtägig postoperativ.

- **Beginn der Gabe des Antibiotikums [ANTIBIOSE_ZEIT]**
Wurde das Antibiotikum zur perioperativen Prophylaxe bereits vor der Anlage der Regionalanästhesie verabreicht oder erst danach?
- **Patient bei Anlage [PAT_WACH]**
War der Patient bei Anlage der Regionalanästhesie wach, analgosediert (über die übliche Prämedikation hinaus) oder wurde die RA in Allgemeinanästhesie angelegt?
- **Sedierung mit Benzodiazepin [SEDIERUNG_1], Opiat [Sedierung_2], anderen Sedativa [Sedierung_3]**
Sedierung (über die übliche Prämedikation hinaus!) mit einem Benzodiazepin und/oder einem Opiat und/oder sonstigen Sedativa. Die verwendeten Sedativa können im Bemerkungsfeld spezifiziert werden.
- **Bemerkungen zur Anlage [ANLAGE_FREITEXT]**

Lokalisation

Es können bis zu 4 Lokalisationen gleichzeitig eingegeben werden.

Voraussetzung: die Verfahren müssen zum gleichen Zeitpunkt angelegt worden sein. Werden Verfahren zeitlich versetzt angelegt, erfolgt die Dokumentation als separater Fall (gleiche zentrumseigene Patienten-Fallnummer, unterschiedliche Anlagezeitpunkte). Die Dokumentation der Anlagedaten (Registerkarte Lokalisation, Desinfektion, Punktions technik-Komplikationen, initiale Medikation und Anordnungen für Station) erfolgt für jede Lokalisation separat. Die Feldnamen der 4 möglichen Lokalisationen werden, falls nicht separat vermerkt, von „_1“ bis „_4“ durchnummeriert.

- **Lokalisation/en [LOKALISATION_1]***
Bitte wählen Sie eine Lokalisation aus der vorgegebenen Liste aus (Pfeiltasten). Als Lokalisation gelten Regionalanästhesieverfahren sowie die i.v.-PCA. **Pflichtfeld**
- **Lokalisation Seite [LOKALISATION_SEITE_1]**
Bitte wählen Sie die Seite, auf der die Regionalanästhesie angelegt wurde.
- **Punktions technik Aufgliederung [PUNKTIONSTECHNIK_1]**
Bitte präzisieren Sie Ihre Punktions technik anhand der vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten (Pfeiltaste).
- **Zugang RM-nahes Verfahren [ZUGANG_1]**
Bitte geben Sie an, ob bei rückenmarksnahen Verfahren ein medianer oder paramedianer Zugangsweg gewählt wurde.
- **Nadel 1 [NADEL_1_1] [NADELGROESSE_1_1] - [NADEL_1_4] [NADELGROESSE_1_4]**
Bitte wählen Sie den verwendeten Nadeltyp aus der vorgegebenen Liste aus und dokumentieren Sie den Außendurchmesser der verwendeten Nadel [Wertebereich 15 - 40 Gauge].
- **Nadel 2 [NADEL_2_1] [NADELGROESSE_2_1] - [NADEL_2_4] [NADELGROESSE_2_4]**
Bei CSE bitte den Nadeltyp und Außendurchmesser der verwendeten 2. Nadel angeben, so dass sowohl die verwendete Epidural- als auch die verwendete Spinalnadel dokumentiert ist.
- **Katheter oder Single shot [KATHETER_1]***
Wurde die Regionalanästhesie in Single shot-Technik oder als Katheterverfahren durchgeführt? **Pflichtfeld**

- **Kathetertyp [KATHETERTYP_1]**
Wurde zur Anlage ein konventioneller Katheter (Anlage ohne Nervenstimulation) oder ein Stimulationskatheter (Anlage mit Nervenstimulation) verwendet?
- **Abbruch wegen Anatomie [ABBRUCH_ANATOMIE_1]**
Wurde die Anlage aufgrund schwieriger anatomischer Verhältnisse abgebrochen?
- **Abbruch durch Patienten [ABBRUCH_COMPLIANCE_1]**
Wurde die Anlage der Regionalanästhesie durch den Patienten abgebrochen (mangelnde Compliance)?
- **Ungeplante Zusatzanalgesie [PRIM_VERSAGEN_ANALG_1]**
Aufgrund unzureichender Analgesie durch das initiale Verfahren (Primärversagen) erfolgt ungeplant eine additive Analgosedierung, eine Nachblockade, der Wechsel auf ein 2. Regionalanästhesieverfahren (dokumentiert als weitere Lokalisation) oder der Übergang zur Vollnarkose. Die Auswahl erfolgt aus der vorgegebenen Liste.
- **Bemerkungen zur Lokalisation [LOKALISATION_FREITEXT_1]**

Desinfektion

- **Steriler Standard [DES_STANDARD_1]***
Erfolgte die Anlage der RA unter Einhaltung der gültigen sterilen Standards? **Pflichtfeld**
- **Tunnelung [DES_TUNNEL_1]***
Wurde bei Katheteranlagen der Katheter getunnelt? **Pflichtfeld**
- **Bakterienfilter [DES_FILTER_1]***
Befindet sich ein Bakterienfilter zwischen dem Katheter und der Zuspritzmöglichkeit?
Pflichtfeld
- **Mehrfache Hautpunktion [MEHRFACH_HAUT_1]***
Wurde die Haut des Patienten bei der Anlage der Regionalanästhesie mehr als ein Mal punktiert (Lokalanästhesie ausgenommen)? **Pflichtfeld**
- **Annaht [ANNAHT_1]***
Wurde der Katheter angenäht? **Pflichtfeld**

Punktionstechnik – Komplikationen

- **Punktionshöhe (unterer WK) [PUNKTION_WK_1] [PUNKTION_WK_HÖHE_1]**
Bitte dokumentieren Sie bei rückenmarksnahen Verfahren die Punktionshöhe.
Gezählt wird der untere Wirbelkörper (Wertebereich 1-12).
- **Bis [PUNKTION_WK_HOEHE_BIS_1]**
Bitte dokumentieren Sie bei paravertebralen Verfahren die blockierten Segmente von x (Feld Punktionshöhe) bis x (z. B. TH 3 bis 6). Gezählt wird jeweils der untere Wirbelkörper.
- **LOR [EPID_LOR_1]**
Bitte wählen Sie aus, mit welcher Methode der 'loss of resistance' identifiziert wurde:
NaCl, Luft oder hängender Tropfen.

- **Punktionstiefe [PUNKTION_TIEFE_1]**
Bitte dokumentieren Sie die Punktionstiefe (Abstand Nadelspitze-Hautniveau bei Erreichen der Zielstruktur, Wertebereich 0 - 20cm).
- **Kathetertiefe Hautniveau [PUNKTION_HAUTNIVEAU_1]**
Bitte dokumentieren Sie die Einlagetiefe des Katheters (Abstand Katheterspitze bis Hautniveau, Wertebereich 0 - 30cm).
- **Nadelführung [PER_SONO_NADELFUEHRUNG_1]**
Erfolgte die ultraschallgestützte Punktion in-plane oder out-of-plane?
- **Darstellbarkeit Nadelspitze [PER_SONO_NADEL_1]**
Konnte die Nadelspitze im Ultraschallbild gut, mittel oder schlecht visualisiert werden?
- **Verteilung des LA [PER_SONO_LA_1]**
Konnte die Ausbreitung des Lokalanästhetikums im Ultraschallbild gut, mittel oder schlecht visualisiert werden?
- **Impulsdauer [NS_IMPULS_1]**
Angabe der zur Nervenstimulation verwendeten Impulsdauer (0.1, 0.3, 1 ms).
- **Stromstärke [NS_STROM_1]**
Angabe der minimalen Stromstärke, die gerade noch zu sichtbaren Muskelkontraktionen der Kennmuskulatur geführt hat (Wertebereich 0.100 - 5.000 mA).
- **Bloody tap [BLOODY_TAP_1]**
Wurde bei der Punktion Blut über die Nadel oder den Katheter aspiriert?
- **Parästhesie [PARAESTH_1]**
Wurden bei der Punktion Parästhesien ausgelöst? Wenn ja, geschah dies beabsichtigt oder unbeabsichtigt?
- **V.a. Durapunktion [EPID_DURA_1]**
Wurde bei der Punktion unbeabsichtigt die Dura perforiert oder besteht der Verdacht auf eine unbeabsichtigte Durapunktion?
- **Pneumothorax [PER_PNEU_1]**
Wurde bei der Punktion die Pleura punktiert (Luftaspiration) oder besteht der klinische Verdacht auf einen punktionsbedingten Pneumothorax?
- **Intoxikation mit LA [NEURO_INTOX_ZNS_1] [NEURO_INTOX_KARDIOVASC_1]**
Traten nach Applikation des Lokalanästhetikums Intoxikationszeichen auf? Waren diese neurologisch und/oder kardiovaskulär?

Initiale Medikation

- **Opioid [BOLUS_OPIOID_1][BOLUS_OPIOID_MENGE_1][BOLUS_OPIOID_EINHEIT_1]**
Feld 1: Auswahl des verwendeten Opioids über die Pfeiltaste;
Feld 2: Eintrag der verwendeten Menge;
Feld 3: Auswahl der entsprechenden Einheit (µg oder mg)
- **1. Lokalanästhetikum [BOLUS_LOKAL_1_1][BOLUS_LOKAL_KONZ_1_1][BOLUS_LOKAL_MENGE_1_1]-[BOLUS_LOKAL_1_4][BOLUS_LOKAL_KONZ_1_4][BOLUS_LOKAL_MENGE_1_4]**
Feld 1: Auswahl des verwendeten 1. Lokalanästhetikums über die Pfeiltaste;
Feld 2: Eintrag der verwendeten Konzentration (Einheit %);
Feld 3: Eintrag der verwendeten Menge (Einheit ml)

- **2. Lokalanästhetikum**
[BOLUS_LOKAL_2_1][BOLUS_LOKAL_KONZ_2_1][BOLUS_LOKAL_MENGE_2_1]-
[BOLUS_LOKAL_2_4][BOLUS_LOKAL_KONZ_2_4][BOLUS_LOKAL_MENGE_2_4]
Feld 1: Auswahl des verwendeten 2.Lokalanästhetikums über die Pfeiltaste;
Feld 2: Eintrag der verwendeten Konzentration (Einheit %);
Feld 3: Eintrag der verwendeten Menge (Einheit ml)
- **Zusätze**
[BOLUS_ZUSAETZE_NABI_1][BOLUS_ZUSAETZE_CLONIDIN_1][BOLUS_ZUSAETZE_VASOKONSTRIKTOR_1][BOLUS_ZUSAETZE_KETAMIN_1][BOLUS_ZUSAETZE_DEXAMETHASON_1]
Wurde Natriumbicarbonat als Zusatz verwendet? Clonidin? Vasokonstriktor? Ketamin? Dexamethason?
- **Testdosis [BOLUS_TESTDOSIS_1]**
Wurde eine Testdosis verabreicht? Wenn ja, bitte wählen Sie zwischen 'Klinikstandard' oder 'Andere'. Nähere Angaben zur Testdosis werden im Bemerkungsfeld dokumentiert.
- **Testdosis Bemerkungen [BOLUS_TESTDOSIS_BEM_1]**

Anordnungen für Station

- **Opioid**
[STATION_OPIOID_1][STATION_OPIOID_MENGE_1][STATION_OPIOID_EINHEIT_1]
Feld 1: Anordnung des Opioids aus der vorgegebenen Liste;
Feld 2: Anordnung der Menge;
Feld 3: Auswahl der entsprechenden Einheit (µg oder mg)
- **1. Lokalanästhetikum**
[STATION_LOKAL_1_1][STATION_LOKAL_KONZ_1_1][STATION_LOKAL_MENGE_1_1]
[STATION_LOKAL_1_4][STATION_LOKAL_KONZ_1_4][STATION_LOKAL_MENGE_1_4]
Feld 1: Anordnung des 1. Lokalanästhetikums aus der vorgegebenen Liste;
Feld 2: Anordnung der Konzentration (Einheit %);
Feld 3: Anordnung der Menge (Einheit ml)
- **2. Lokalanästhetikum**
[STATION_LOKAL_2_1][STATION_LOKAL_KONZ_2_1][STATION_LOKAL_MENGE_2_1]
[STATION_LOKAL_2_4][STATION_LOKAL_KONZ_2_4][STATION_LOKAL_MENGE_2_4]
Feld 1: Anordnung des 2. Lokalanästhetikums aus der vorgegebenen Liste;
Feld 2: Anordnung der Konzentration (Einheit %);
Feld 3: Anordnung der Menge (Einheit ml)
- **Zusätze**
[STATION_ZUSAETZE_NABI_1][STATION_ZUSAETZE_CLONIDIN_1][STATION_ZUSAETZE_VASOKONSTRIKTOR_1][STATION_ZUSAETZE_KETAMIN_1][STATION_ZUSAETZE_DEXAMETHASON_1]
Wird Natriumbicarbonat als Zusatz verordnet? Clonidin? Vasokonstriktor? Ketamin? Dexamethason?
- **Verfahren [STATION_VERFAHREN_1]**
Bitte wählen Sie, ob ein kontinuierliches Verfahren, eine PCA oder eine intermittierende Gabe durch autorisiertes Personal (nurse controlled analgesia) angeordnet werden soll.

- **Lauftrate [STATION_LAUFRATE_1]**
Verordnen Sie eine Lauftrate für PCAs oder kontinuierliche Verfahren in der Einheit ml/h (Wertebereich 0 - 99.9 ml/h)
- **Bolusgröße [STATION_BOLUSGROESSE_1]**
Verordnen Sie eine Bolusgröße für PCAs oder intermittierende Verfahren (manuelle Bolusgabe) in der Einheit ml (Wertebereich 0 - 99.9 ml).
- **Lockout-Zeit [STATION_LOCKOUT_1]**
Verordnen Sie eine Sperrzeit (Lockout-Zeit) für PCAs in der Einheit min (Wertebereich 0 - 60 min).
- **Programmierbarer Bolus [STATION_PROGR_BOLUS_1]**
Definieren Sie die Bolusgröße für die PIB-Funktion (programmierter intermittierender Bolus). Wertebereich 0.1 - 99.9 ml).
- **Programmierbares Intervall [STATION_PROGR_INTERV_1]**
Definieren Sie das Bolus Intervall für die PIB-Funktion (programmierter intermittierender Bolus). Wertebereich 0 - 60 min).
- **Zusatzmedikation fest [STATION_ZUSATZMED_FEST]**
Verordnen Sie, falls gewünscht, eine feste Zusatzmedikation. Spezifizieren Sie Ihre Anordnung für eine feste Zusatzmedikation im dazugehörigen Freitextfeld „Verordnung“ [STATION_ZUSATZMED_FEST_VERORDNUNG].
- **Zusatzmedikation bei Bedarf [STATION_ZUSATZMED_BEDARF]**
Verordnen Sie, falls gewünscht, eine Bedarfsmedikation. Spezifizieren Sie Ihre Anordnung für eine Bedarfsmedikation im dazugehörigen Freitextfeld „Verordnung“ [STATION_ZUSATZMED_BEDARF_VERORDNUNG].
- **Bemerkungen zur Stationsanordnung [STATION_BEM_1]**

Visiten

Die Dokumentation der Visitendaten (Registerkarte Allgemein, Lokalisation, Medikation) erfolgt für jede Lokalisation separat (Lok.1 und Med.1, Lok.2 und Med.2 usw.). Wurden die Lokalisationen zum gleichen Zeitpunkt angelegt, erfolgt die Dokumentation der Visitenbefunde in einer Visite. Wurden Lokalisationen mit zeitlichem Abstand angelegt, müssen diese in der Fallübersicht separat geöffnet und visitiert werden. Die Feldnamen der einzelnen Lokalisationen werden, falls nicht separat vermerkt, von „_1“ bis „_4“ durchnummeriert.

Allgemein

- **Visite Zeitpunkt [VISITE_DATUM] [VISITE_UHRZEIT]***
Durch Eingabe eines Punkts (".") in das Datumsfeld kann das aktuelle Datum ausgewählt und mit Minus ("-"; eins zurück) oder Plus ("+"; eins vor) angepasst werden. Alternativ Eingabe über den Kalender. Das Visitedatum darf nicht in der Zukunft liegen! Zwischen dem Anlagedatum und dem Zeitpunkt der letzten Visite oder zwischen zwei Visiten dürfen maximal 30 Tage vergangen sein. **Pflichtfeld**

Durch Eingabe eines Punkts (".") wird die aktuelle Uhrzeit ausgewählt und kann mit Minus ("-"), eine Stunde zurück) oder Plus ("+", eine Stunde vor) angepasst werden. Die Uhrzeit der Visite darf nicht in der Zukunft liegen! **Pflichtfeld**

- **Visiten-Dauer [VISITE_DAUER]**
Bitte dokumentieren Sie die Dauer der Visite (Auswahl über die Pfeiltaste).
- **Visite auf ITS [VISITE_ITS]**
Die Visite wurde auf der Intensivstation durchgeführt.
- **Visite durch Arzt [VISITE_ARZT] oder Pflege [VISITE_PFLEGE]**
Die Visite wurde von einem Arzt/einer Pflegekraft durchgeführt.
- **Personal-Nr. [PERSONAL]**
Personalnummer der für die Visite verantwortlichen Person.
- **Dienststart [DIENST]**
Bitte wählen Sie aus, in welchem Dienst die Visite durchgeführt wurde (TD=Tagdienst, SD=Spätdienst, ND=Nachtdienst, BD=Bereitschaftsdienst).
- **Gesamtkörperschmerz [NRS_GESAMT]**
Gesamtkörperschmerz. Erfasst auch Schmerzen in Bereichen, die nicht OP-bedingt und damit unabhängig von der Wirkung des RA-Verfahrens sind (z. B. Kopfschmerz, Rückenschmerz). Einschätzung mittels NRS (numeric rating scale) auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (=maximal vorstellbarer Schmerz).
- **Schmerz beeinträchtigt Mobilisierung [SCHMERZ_MOBIL]**
Der Schmerz beeinträchtigt die zeitgerechte Mobilisierung des Patienten.
- **Schmerz beeinträchtigt Respiration [SCHMERZ_RESP]**
Der Schmerz beeinträchtigt die Atmung des Patienten.
- **Schmerz beeinträchtigt Schlaf [SCHMERZ_SCHLAF]**
Der Schmerz beeinträchtigt den Schlaf des Patienten.
- **Mobilisationsgrad [VISITE_MOBILISIERUNG]**
Bitte wählen Sie aus, wie weit der Patient bis zum Zeitpunkt der Visite bereits mobilisiert werden konnte (Auswahl über Pfeiltaste. 0 = liegt, 1 = kann sitzen, 2 = kann eingeschränkt gehen, 3 = kann uneingeschränkt gehen).
- **Sedierungsgrad [SEDIERUNG]**
Bitte dokumentieren Sie den Sedierungsgrad des Patienten zum Zeitpunkt der Visite (Auswahl über Pfeiltaste. 1 = ist wach, 2 = ist leicht müde, 3 = ist sehr müde, 4 = schläft, ist schwer erweckbar, S = physiologischer Schlaf).
- **Katheterassoziierte Hypotension [HYPOTENSION]**
Es besteht eine behandlungspflichtige Hypotension, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das RA-Katheterverfahren zurückzuführen ist.
- **Behandlungspflichtig: Atemdepression [ATEMDEPRESSION]**
Es besteht eine behandlungspflichtige Atemdepression, die mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit den schmerztherapeutischen Maßnahmen steht.
- **Behandlungspflichtig: Harnverhalt [HARNVERHALT]**
Es besteht ein Harnverhalt, der die Anlage eines Blasenkatheters erfordert.

- Behandlungspflichtig: Obstipation [OPSTIPATION]**
 Es besteht eine behandlungspflichtige Obstipation, die mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit den schmerztherapeutischen Maßnahmen steht.
- Behandlungspflichtig: Übelkeit [UEBELKEIT]**
 Es besteht eine behandlungspflichtige Übelkeit, die mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit den schmerztherapeutischen Maßnahmen steht.
- Behandlungspflichtig: Erbrechen [ERBRECHEN]**
 Es besteht behandlungspflichtiges Erbrechen, das mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit den schmerztherapeutischen Maßnahmen steht.
- Behandlungspflichtig: Pruritus [Pruritus]**
 Es besteht ein Juckreiz (Pruritus), der mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Gabe von Opioiden zurückzuführen ist.
- DK vorhanden [BLASENKATHETER]**
 Zum Zeitpunkt der Visite liegt bereits ein Blasenkateter.
- Zusatzanalgetika: Paracetamol [VISITE_PARACETAMOL], Metamizol [VISITE_METAMIZOL], andere NOPA [VISITE_NSAIDS]**
 Zusätzlich zur Regionalanästhesie oder i.v.-PCA besteht eine Medikation mit Paracetamol/Metamizol/anderen NOPA (Nichtopioid-Analgetika).
 Feldname VISITE_NSAIDS übernommen aus NRA1.0.
- Zusatzanalgetika: Opioid [VISITE_OPIOID]**
 Zusätzlich zur Regionalanästhesie oder i.v.-PCA besteht eine Medikation mit Opioiden.
- Zusatzanalgetika: Co-Analgetika [VISITE_COANALGETIKA]**
 Zusätzlich zur Regionalanästhesie oder i.v.-PCA besteht eine Medikation mit Co-Analgetika (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika, Muskelrelaxantien, Antiepileptika).
- Zusatzanalgetika: Sonstige [VISITE_SONSTIGES]**
 Zusätzlich zur Regionalanästhesie oder i.v.-PCA besteht eine Medikation mit sonstigen (oben nicht aufgeführten) analgetisch wirksamen Substanzen.

Lokalisation

- NRS/KUSS Ruhe [NRS_RUHE_1]**
 Ruheschmerz im Bereich des erwarteten Ausbreitungsgebietes der Regionalanästhesie. Einschätzung mittels NRS (numeric rating scale) auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (=maximal vorstellbarer Schmerz). Für Kinder kann alternativ die KUSS (Kindliche Unbehagens- und Schmerzskala, Büttner 1998) verwendet werden:

Parameter	Struktur	Codierung
Weinen	Gar nicht	0
	Stöhnen, Wimmern	1
	Schreien	2
Gesichtsausdruck	Entspannt, Lächeln	0
	Mund verzerrt	1
	Mund und Augen verzerrt	2
Rumpfhaltung	Neutral	0
	Unstet, angespannt	1
	Aufbäumen, krümmen	2
Beinhaltung	Entspannt	0
	Angespannt, strampelnd	1
	An den Körper gezogen, fixiert	2
Motorische Unruhe	Nicht vorhanden	0
	Mäßig	1
	Ruhelos	2
Gesamtpunkte:		

- **NRS/KUSS Belastung [NRS_BEL_1]**
Schmerz bei Belastung im Bereich des erwarteten Ausbreitungsgebietes der Regionalanästhesie. Einschätzung mittels NRS (numeric rating scale) auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (=maximal vorstellbarer Schmerz). Für Kinder kann alternativ die KUSS (Kindliche Unbehagens- und Schmerzskala) verwendet werden.
- **NRS nicht erhebbar [NRS_UNBESTIMMT_1]**
Eine Einstufung des Schmerzniveaus mittels NRS ist nicht möglich (Beispiel: Patient versteht die Skala nicht oder ist sediert).
- **NRS toleriert [NRS_TOLERANZ_1]**
Toleriert der Patient die von ihm angegebenen Schmerzwerte (NRS Ruhe bzw. Belastung)?
Ja: der Patient gibt zwar hohe Schmerzwerte (NRS) an, benötigt aber keine zusätzliche Schmerztherapie.
Nein: der Patient gibt niedrige Schmerzwerte (NRS) an, benötigt aber aufgrund eines hohen Leidensdrucks zusätzliche Schmerztherapie.
- **Im Ausbreitungsgebiet der RA: Hypästhesie [NEURO_HYPÄSTHESIE_1]**
Vorliegen einer Hypästhesie im Ausbreitungsgebiet der Regionalanästhesie zum Zeitpunkt der Visite.
- **Im Ausbreitungsgebiet der RA: Parästhesie [NEURO_PARÄSTHESIE_1]**
Vorliegen von Parästhesien im Ausbreitungsgebiet der Regionalanästhesie zum Zeitpunkt der Visite.
- **Im Ausbreitungsgebiet der RA: neuropathischer Schmerz [Neuro_PATHIE_1]**
Auftreten von neuropathischen Schmerzen im Ausbreitungsgebiet der Regionalanästhesie zum Zeitpunkt der Visite.
- **Motorische Funktion (nach Janda) [NEURO_MOT_1]**
Motorische Funktion im Ausbreitungsgebiet des RA-Verfahrens; die Beurteilung muss an geeigneter Kennmuskulatur erfolgen. Angabe der Kraftgrade nach Janda:
5/5 normale Muskelkraft, 4/5 Bewegung gegen mäßigen Widerstand möglich,
3/5 Bewegung gegen Eigenschwere möglich, 2/5 Bewegungseffekt unter Ausschaltung der Eigenschwere möglich, 1/5 sichtbare Muskelkontraktion ohne Bewegungseffekt,
0/5 keinerlei Muskelaktivität
- **Verbandswechsel [VW_1], Filterwechsel [Kath_FILTERWECHSEL_1]**
Im Rahmen der Visite erfolgte ein Verbandswechsel/Filterwechsel.
- **Katheter zurückgezogen [VISITE_KATH_ZURUECK_1], vollständig entfernt [VISITE_KATH_ENTF_1], regulär/irregulär [VISITE_KATH_ENTF_ART_1]**
Im Rahmen der Visite wurde der Katheter zurückgezogen/vollständig entfernt. Die Entfernung des Katheters erfolgte planmäßig (regulär) oder aufgrund von Problemen (irregulär).
- **Katheter partiell unwirksam [KATH_PART_UNWIRKSAM_1]**
Die Wirksamkeit der Regionalanästhesie entspricht nicht dem erwarteten Ausbreitungsgebiet.
- **Versagen des Katheters [KATH_VERSAGEN_1]**
Sekundäres Versagen des Katheterverfahrens (z. B. durch Dislokation des Katheters, irreversible oder wiederholte Okklusion) mit der Notwendigkeit eines Verfahrenswechsels (z. B. Wechsel auf i.v.-PCA, orale Medikation, Neuanlage der RA).
- **Filter disloziert [KATH_PROX_DISK_1]**
Diskonnektion im Bereich zwischen Katheter und Filter mit konsekutiv unsterilem Katheterende.

- **Okklusion [KATH_OKKLUSION_1]**
Zum Zeitpunkt der Visite ist der Katheter nicht durchgängig (unabhängig davon, ob die Ursache behoben werden kann oder nicht).
- **Leckage an ESS [KATH_LECKAGE_ESS_1]**
Austreten von Lokalanästhetikum an der Einstichstelle (ESS) entlang des Katheters.
- **Andere technische Probleme [KATH_TECHN_PROBLEME_1]**
Andere technische Probleme im Zusammenhang mit Katheter- oder Pumpenmaterial.
- **Infektionszeichen [INFEKT_KATEG_1]***
Infektionszeichen im Bereich der Punktionsstelle.
Definition 'leicht': 2 von 3 Kriterien (Rötung, Schwellung, Druckschmerz) erfüllt, zur Therapie genügt ein Entfernen des Katheters;
Definition 'mittel': leichte Infektion plus 2 der 4 Kriterien (CRP/PCT-Erhöhung, Leukozytose, Eiteraustritt an der Einstichstelle, Fieber), Beginn einer Antibiotikatherapie bei Ausschluss anderer Ursachen;
Definition 'schwer': chirurgische Intervention notwendig. **Pflichtfeld**
- **Blutung Punktionsstelle [NEURO_HAEMAT_1]**
Blutung aus der Punktionsstelle.
- **Horner-Syndrom [HORNER_SYNDROM_1]**
Im Zusammenhang mit der Regionalanästhesie neu aufgetretenes Horner-Syndrom (Miosis, Ptosis, Enophthalmus).
- **Epidurales Hämatom [NEURO_HÄMAT_EPIDURAL_1]**
Im Zusammenhang mit einer Epiduralanästhesie-Anlage aufgetretenes epidurales Hämatom.
- **TNS [NEURO_TNS_1]**
Auftreten von transienten neurologischen Symptomen (TNS): ausstrahlende Rückenschmerzen mit dumpfem Charakter, die innerhalb von 24 h nach Abklingen einer SPA auftreten und üblicherweise 1–3 Tage anhalten.
- **PDPH [NEURO_PDPH_1]**
Auftreten postspinaler Kopfschmerzen (PDPH=postdural puncture headache) nach Durapunktion.
- **Blut-Patch [NEURO_PDPH_PATCH_1]**
Anlage eines Blut-Patches zur Therapie des postspinalen Kopfschmerzes.
Dokumentation der Anlage im Bemerkungsfeld.
- **Bemerkungen Lokalisation [VISITE_KATH_BEM_1]**
- **Abschlussvisite [VISITE_KATH_ABSCHL_1]**
Ist diese Visite gleichzeitig die Abschlussvisite für diese Lokalisation? Bitte dokumentieren Sie nach Anhängen der Checkbox die Abschlussvisite im Karteireiter 'Abschlussvisite'.

Medikation

- **Geplanter Medikamenten-Ansatz läuft [VISITE_MED_1]**
Bitte geben Sie an, ob der geplante Medikamentenansatz läuft oder ob er seit der letzten Visite verändert wurde. Wird die Therapie in dieser Visite beendet, wählen Sie „Therapie beendet“.

- **Verfahren [VISITE_VERFAHREN_1]**
Bitte wählen Sie das laufende Verfahren: kontinuierlich, PCA oder nurse controlled.
- **Lauftrate alt und neu [VISITE_LAUFRATE_ALT_1] [VISITE_LAUFRATE_NEU_1]**
Bitte dokumentieren Sie die Lauftrate (kontinuierliche Verfahren, PCA) zu Beginn der Visite und zum Ende der Visite. Wertebereich 0 - 99.9 ml/h.
- **Bolusgröße alt und neu [VISITE_BOLUSGROESSE_ALT_1] [VISITE_BOLUSGROESSE_NEU_1]**
Bitte dokumentieren Sie die eingestellte Bolusgröße (PCA) zu Beginn der Visite und zum Ende der Visite. Wertebereich 0 - 99.9 ml.
- **Lockout-Zeit alt und neu [VISITE_LOCKOUT_ALT_1] [VISITE_LOCKOUT_NEU_1]**
Bitte dokumentieren Sie die eingestellte Lockout-Zeit (PCA) zu Beginn der Visite und zum Ende der Visite. Wertebereich 0 - 60 min.
- **Programmierbarer Bolus alt und neu [VISITE_PROGR_BOLUS_ALT_1] [VISITE_PROGR_BOLUS_NEU_1]**
Bitte dokumentieren Sie die programmierte Bolusgröße (PIB-Modus) zu Beginn der Visite und zum Ende der Visite. Wertebereich 0.1 - 99.9 ml.
- **Programmierbares Intervall alt und neu [VISITE_PROGR_INTERV_ALT_1] [VISITE_PROGR_INTERV_NEU_1]**
Bitte dokumentieren Sie das programmierte Bolus-Intervall (PIB-Modus) zu Beginn der Visite und zum Ende der Visite. Wertebereich 0 - 60 min.
- **Boli appliziert [VISITE_BOLI_ERHALTEN_1]**
Bitte dokumentieren Sie, wie viele Boli (PCA) seit der letzten Visite tatsächlich appliziert wurden.
- **Boli gefordert [VISITE_BOLI_ABGEFORDERT_1]**
Bitte dokumentieren Sie, wie viele Boli (PCA) der Patient seit der letzten Visite angefordert hat.
- **Gesamtverbrauch [VISITE_GESAMT_1]**
Bitte dokumentieren Sie den Gesamtverbrauch seit der letzten Visite (PCA oder kontinuierliche Verfahren) in der Einheit ml.
- **Spritze / Beutel Nr. [VISITE_SPRITZE_NR_1]**
Bitte dokumentieren Sie die Spritzen- oder Beutelnummer am Ende der Visite (PCA oder kontinuierliche Verfahren).
- **Bolusgabe manuell [VISITE_BOLUS_MANUELL_1]**
Wurde im Rahmen der Visite an dieser Lokalisation manuell ein Bolus verabreicht?
- **Opioid [VISITE_BOLUS_OPIOID_1][VISITE_BOLUS_OPIOID_MENGE_1][VISITE_BOLUS_OPIOID_EINHEIT_1]**
Feld 1: Auswahl des verwendeten Opioids über die Pfeiltaste;
Feld 2: Eintrag der verwendeten Menge;
Feld 3: Auswahl der entsprechenden Einheit (µg oder mg)

- **1. Lokalanästhetikum**
[VISITE_BOLUS_LOKAL_1_1][VISITE_BOLUS_LOKAL_KONZ_1_1][VISITE_BOLUS_LOKAL_MENGE_1_1]
[VISITE_BOLUS_LOKAL_1_4][VISITE_BOLUS_LOKAL_KONZ_1_4][VISITE_BOLUS_LOKAL_MENGE_1_4]
Feld 1: Auswahl des verwendeten 1. Lokalanästhetikums über die Pfeiltaste;
Feld 2: Eintrag der verwendeten Konzentration (Einheit %);
Feld 3: Eintrag der verwendeten Menge (Einheit ml)
- **2. Lokalanästhetikum**
[VISITE_BOLUS_LOKAL_2_1][VISITE_BOLUS_LOKAL_KONZ_2_1][VISITE_BOLUS_LOKAL_MENGE_2_1]
[VISITE_BOLUS_LOKAL_2_4][VISITE_BOLUS_LOKAL_KONZ_2_4][VISITE_BOLUS_LOKAL_MENGE_2_4]
Feld 1: Auswahl des verwendeten 2. Lokalanästhetikums über die Pfeiltaste;
Feld 2: Eintrag der verwendeten Konzentration (Einheit %);
Feld 3: Eintrag der verwendeten Menge (Einheit ml)
- **Zusätze**
[VISITE_BOLUS_ZUSAETZE_NABI_1][VISITE_BOLUS_ZUSAETZE_CLONIDIN_1][VISITE_BOLUS_ZUSAETZE_VASOKONSTRIKTOR_1][VISITE_BOLUS_ZUSAETZE_KETAMIN_1][VISITE_BOLUS_ZUSAETZE_DEXAMETHASON_1]
Wurde Natriumbicarbonat als Zusatz verwendet? Clonidin? Vasokonstriktor? Ketamin? Dexamethason?
- **Bemerkungen zur Medikation [VISITE_MED_FREITEXT_1]**

Abschlussvisite

Die Abschlussvisite wird für jede Lokalisation separat durchgeführt, unabhängig davon, ob ein Regionalanästhesieverfahren in Single shot- oder Kathertertechnik durchgeführt wurde. Ebenfalls dokumentiert werden Abschlussvisiten für die i.v.-PCA.

- **Patientenzufriedenheit nach Abschluss [ABSCHL_PAT_ZUFR_1]**
Zufriedenheit des Patienten mit der Schmerztherapie an der entsprechenden Lokalisation. Beurteilung nach NRS (0=maximal unzufrieden; 10=maximal zufrieden).
- **Behandlerzufriedenheit nach Abschluss [ABSCHL_DOC_ZUFR_1]**
Zufriedenheit der Behandler mit der Schmerztherapie an der entsprechenden Lokalisation. Beurteilung nach NRS (0=maximal unzufrieden; 10=maximal zufrieden).
- **Entfernen des Katheters [ENTFERNUNGSDATUM_1]***
Übernahme aus der Eingabe unter „Visite“. Pflichtfeld **Nicht editierbar**
- **Katheterliegedauer [LIEGEDAUER_1]**
Katheterliegedauer in Tagen. Die Berechnung erfolgt automatisch aus dem Datum der Katheterentfernung und dem Anlagedatum. **Nicht editierbar**
- **Datum der Abschlussvisite [ABSCHL_VISITE_1]**
Datum der Abschlussvisite. Der Eintrag erfolgt automatisch nach Markierung des Feldes 'Abschlussvisite' in der Visite (Registerkarte Lokalisation). **Nicht editierbar**

- **Nachbeobachtung geplant [ABSCHL_NACHBEOBACHTUNG_1]**
Ist eine Nachbeobachtung des Patienten geplant? Eintrag ermöglicht ein Filtern aller zur Nachbeobachtung geplanten Patienten.
- **Antikoagulation [ABSCHL_ANTIKOAG_KEINE_1]**
Der Patient wird oder wurde mit gerinnungswirksamen Medikamenten behandelt.
- **Medikamente [ABSCHL_ANTIKOAG_1_1]-[ABSCHL_ANTIKOAG_7_4]**
Bitte dokumentieren Sie alle Medikamente mit Auswirkungen auf das Gerinnungssystem anhand der vorgegebenen Liste (Pfeiltaste). Hierzu gehören sowohl Medikamente aus der Dauermedikation als auch Medikamente, die zum Bridging eingesetzt wurden.
- **Leitliniengerecht abgesetzt [ABSCHL_ANTIKOAG_ENDE_1_1]-[ABSCHL_ANTIKOAG_ENDE_7_4]**
Bitte dokumentieren Sie für jedes einzelne Medikament, ob es leitliniengerecht abgesetzt wurde oder nicht. Bemerkungen zur Antikoagulation sind im Freitextfeld möglich.
- **Bemerkung Antikoagulation [ANTIKOAG_FREITEXT_1]**

Nachbeobachtungen

Es sind maximal 3 Nachbeobachtungen pro Lokalisation dokumentierbar. Die Eingabefelder zur Nachbeobachtung werden durch Anhängen des Feldes „1. Nachbeobachtung“ bzw. „2./3. Nachbeobachtung“ aktiviert. Exemplarisch aufgeführt ist Nachbeobachtung 1, die Dokumentation der Nachbeobachtung 2 und 3 erfolgt analog. In der Feldbezeichnung ändert sich die Nummer dementsprechend (_2 und _3). Die zweite Zahl im Feldnamen bezeichnet die Lokalisation, für die die Nachbeobachtung durchgeführt wurde.

- **Datum [NACHBEOB_DATUM_1_1]**
Datum der 1. Nachbeobachtung. Pflichtfeld.
- **Infektionszeichen [NACHBEOB_INFEKT_1_1]**
Infektionszeichen im Bereich der ehemaligen Punktionsstelle.
Definition 'leicht': 2 von 3 Kriterien (Rötung, Schwellung, Druckschmerz) erfüllt;
Definition 'mittel': leichte Infektion plus 2 der 4 Kriterien (CRP/PCT-Erhöhung, Leukozytose, Eiteraustritt an der Einstichstelle, Fieber), Beginn einer Antibiotikatherapie bei Ausschluss anderer Ursachen;
Definition 'schwer': chirurgische Intervention notwendig.
- **Im Ausbreitungsgebiet der beendeten RA**
Hypästhesie [NACHBEOB_NEURO_HYP_1_1],
Parästhesie [NACHBEOB_NEURO_PAR_1_1],
neuropathischer Schmerz [NACHBEOB_NEURO_PATHIE_1_1]
Vorliegen einer Hypästhesie/Parästhesie/oder von neuropathischem Schmerz im Ausbreitungsgebiet der beendeten Regionalanästhesie zum Zeitpunkt der 1. Nachbeobachtung.
- **Hämatom [NACHBEOB_NEURO_HAEMAT_1]**
Vorliegen eines Hämatoms im Punktionsbereich der beendeten Regionalanästhesie zum Zeitpunkt der 1. Nachbeobachtung.

- **Motorische Funktion (nach Janda) [NACHBEOB_NEURO_MOT_1]**
Motorische Funktion im Ausbreitungsgebiet des beendeten RA-Verfahrens. Die Beurteilung muss an geeigneter Kennmuskulatur erfolgen. Angabe der Kraftgrade nach Janda:
5/5 normale Muskelkraft, 4/5 Bewegung gegen mäßigen Widerstand möglich,
3/5 Bewegung gegen Eigenschwere möglich, 2/5 Bewegungseffekt unter Ausschaltung der Eigenschwere möglich, 1/5 sichtbare Muskelkontraktion ohne Bewegungseffekt,
0/5 keinerlei Muskelaktivität
- **Bemerkungen zur Nachbeobachtung [NACHBEOB_BEMERKUNGEN_1]**
Freitextfeld für ergänzende Eintragungen.