

Datum:

Studienprotokoll: Ultraschall Blockaden Notfallmedizin

Patientendaten:

Tel.Nr.:

Initialen:	Geschlecht:	Alter:
ASA:	Körpergewicht:	Körpergröße:
Trauma:	Offen / geschlossen Disloziert (ja/nein)	NRS Vor Analgesie: Reposition (Gut/mäßig/Nicht möglich)

Gruppe 1: Regionalanästhesie

Nadelgröße:		Punktionsversuche:	
Punktionsort:		Menge/Konz LA:	
NRS nach Block:		Parästhesien:	
Anlagezeit:		Effekt:	
Sens. Testung		Dosis Analgesie:	
Motor. Testung		Dosis Dormicum:	

Beide Gruppen:

Prozesszeiten:

Alarm:		Übergabe NA:	
Ankunft EST:		Einsatzbereit:	
Beginn Analgesie:		Beginn Diagnostik:	
Wirkung Analgesie:		Beginn OP / Versorgung:	
Abfahrt EST:		Beginn ANÄ:	

Ankunft KH:		Freigabe ANÄ:	
-------------	--	---------------	--

Parameter:

	Ausgangswert	Nach Analgesie	Min	Max
HF:				
RR:				
SpO2:				

Komplikationen / Klinik

	Analogskale zwischen 1-10
Vasopressor (Akrinor) ml (1-10)	
Menge Infusionsvolumen (ml):	
Kraftgrad 5 / Stunden:	
Größter Schmerz in NA / Diagnostik:	

Fragebogen, 2 Tage postoperativ

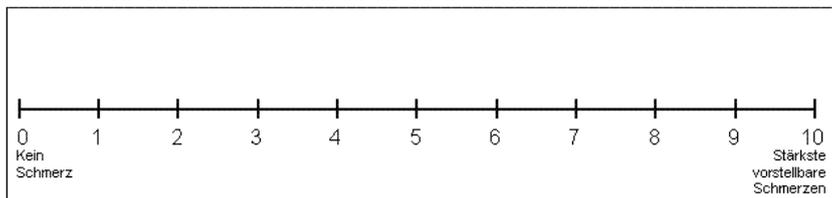
1. Vor dem Eingriff

1.1 Hatten Sie vor dem Ereigniss Schmerzen?

Ja Nein

1.1.1 Wenn ja wo? _____

1.1.2 Wie stark würden Sie die Schmerzen beschreiben? (Markieren Sie die Stärke des Schmerzes, wobei der Wert ,0' kein Schmerz und ,10' der stärkste vorstellbare Schmerz sei)



1.2 Haben Sie vor dem Ereigniss regelmäßig Schmerzmittel eingenommen?

Ja Nein

1.2.1 Wenn ja, welche? _____

1.2.2 Wie lange haben Sie die Schmerzmedikamente eingenommen? _____

1.3 Haben Sie vor diesem Ereigniss Vollnarkosen gehabt? Ja Nein

1.3.1 Wenn ja, gab es Komplikationen mit der Vollnarkose? _____

1.4 Haben Sie vor diesem Ereigniss eine Regionale Betäubung gehabt? Ja Nein

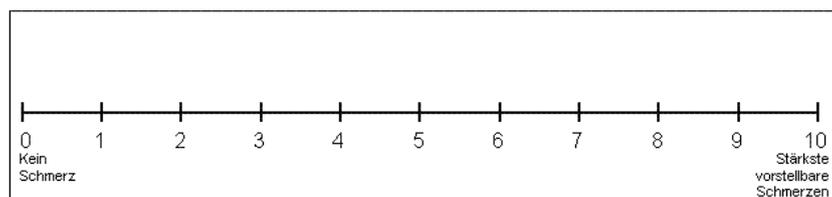
1.4.1 Wenn ja, gab es Komplikationen mit der Regionalanästhesie? _____

2. Während des Eingriffes

2.1 Haben Sie während des Ereignisses Schmerzen verspürt?

Ja Nein

2.1.1 Wenn ja, wie stark waren diese Schmerzen? (Markieren Sie die Stärke des Schmerzes, wobei der Wert ,0' kein Schmerz und ,10' der stärkste vorstellbare Schmerz sei)



3. Nach der Intervention

3.1 Haben Sie in den ersten Drei Tagen nach der Intervention Schmerzmittel eingenommen?

Ja Nein

3.1.1 Wenn ja, welche Schmerzmittel haben Sie an welchem Tag eingenommen?

- Diclofenac oder Ibuprofen OP Tag 1. Tag post OP 2. Tag post OP

In welcher Tagesdosierung?: OP Tag _____ 1. Tag post OP _____ 2. Tag post OP _____

- Novalmin OP Tag 1. Tag post OP 2. Tag post OP

In welcher Tagesdosierung?: OP Tag _____ 1. Tag post OP _____ 2. Tag post OP _____

- Targin OP Tag 1. Tag post OP 2. Tag post OP

In welcher Tagesdosierung?: OP Tag _____ 1. Tag post OP _____ 2. Tag post OP _____

- Tramal OP Tag 1. Tag post OP 2. Tag post OP

In welcher Tagesdosierung?: OP Tag _____ 1. Tag post OP _____ 2. Tag post OP _____

- Andere: _____ OP Tag 1. Tag post OP 2. Tag post OP

In welcher Tagesdosierung?: OP Tag _____ 1. Tag post OP _____ 2. Tag post OP _____

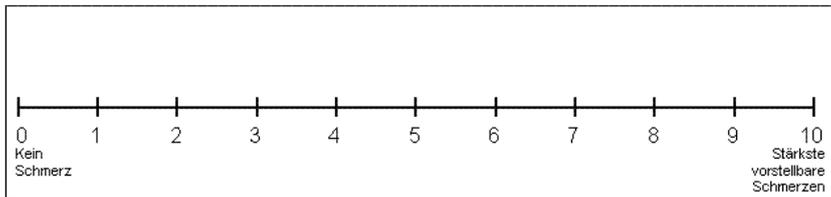
Diese Fragen betreffen Schmerzen nach dem Eingriff:

3.3 Haben Sie **direkt nach der Intervention** oder **noch am selben Tag**

Schmerzen verspürt?

Ja Nein

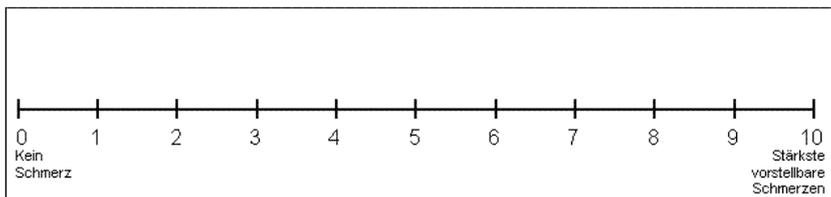
3.3.1 Wenn ja, wie stark waren diese Schmerzen? (Markieren Sie die Stärke des Schmerzes, wobei der Wert ,0' kein Schmerz und ,10' der stärkste vorstellbare Schmerz sei)



3.4 Haben Sie **am 1. Tag nach der Intervention** Schmerzen verspürt?

Ja Nein

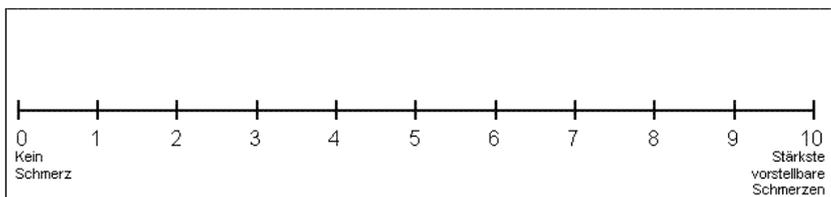
3.4.1 Wenn ja, wie stark waren diese Schmerzen? (Markieren Sie die Stärke des Schmerzes, wobei der Wert ,0' kein Schmerz und ,10' der stärkste vorstellbare Schmerz sei)



3.5 Haben Sie **am 2. Tag nach der Intervention** Schmerzen verspürt?

Ja Nein

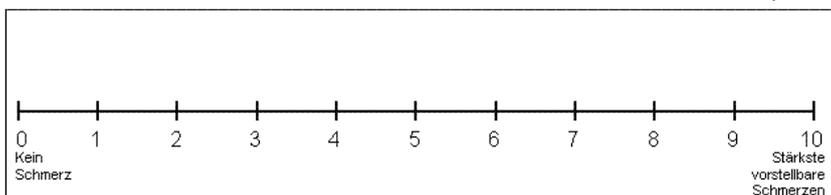
3.5.1 Wenn ja, wie stark waren diese Schmerzen? (Markieren Sie die Stärke des Schmerzes, wobei der Wert ,0' kein Schmerz und ,10' der stärkste vorstellbare Schmerz sei)



3.6 Haben Sie **während der Reposition** Schmerzen verspürt?

Ja Nein

3.5.1 Wenn ja, wie stark waren diese Schmerzen? (Markieren Sie die Stärke des Schmerzes, wobei der Wert ,0' kein Schmerz und ,10' der stärkste vorstellbare Schmerz sei)



Diese Fragen betreffen Auffälligkeiten nach dem Eingriff:

3.6 Verspürten Sie direkt nach dem operativen Eingriff oder am Folgetag Übelkeit? Ja Nein

3.7 Mussten Sie sich direkt nach dem operativen Eingriff oder am Folgetag brechen? Ja Nein

3.7.1 Wenn ja, wie oft? **1-2 Mal** **Häufiger**

3.8 Verspürten Sie ab dem 1. Tag nach dem Eingriff Missempfindungen, wie Kribbeln, Taubheitsgefühl oder Lähmungen an dem operierten Bein/Arm? **Ja** **Nein**

3.8.1 Wenn ja, wie lange haben diese Missempfindungen angehalten? _____

3.8.2 Wenn ja, welche Missempfindungen haben Sie wahrgenommen? _____

3.9 Haben Sie im Aufwachraum das Gefühl gehabt, nicht „Wasser lassen“ / urinieren zu können?

Ja **Nein**

3.9.1 Wenn ja, wie lange hat dieses Gefühl noch angehalten? _____

3.10 Haben Sie während der Intervention Träume gehabt?

Ja **Nein**

3.10.1 Wenn ja, waren diese unangenehm?

Ja **Nein**

4. Zufriedenheit

4.1 Waren Sie mit dem Verfahren Ihrer Schmerzausschaltung während des Eingriffes zufrieden?

(Benotung nach Schulnoten)

Schulnote (1 - 6): __

4.2 Würden Sie einem Bekannten dieses Verfahren der Schmerzausschaltung weiterempfehlen?

Ja **Nein**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Ihr verantwortlicher Anästhesist,