



# A2

Patientennummer: (Vorgabe durch Projektleitung)

## Patienten-Protokoll: Teil A2 (Primärrettung Land)

Blatt 1 von 4



Bis spätestens nach Übergabe des Patienten Projektleitung telefonisch (**Hotline: 04 51/50 36 37**) informieren.

Dieses Protokoll, falls nicht anders vereinbart, nach **Fax-Nr. 04 51/59 47 60** senden!

Für Situations- und Ablaufbeschreibung ggf. Zusatzblatt verwenden! Für ergänzende Informationen wird sich die Projektleitung telefonisch mit den o.a. Behandlern und Helfern in Verbindung setzen. Angaben werden streng vertraulich nur zu Studienzwecken verwendet. Eine elektronische Weiterverarbeitung oder Speicherung von Namen und Telefonnummern erfolgt nicht. Diese Angaben werden nur für eventuelle Rückfragen erhoben.

E-Mail: [sarrrah@t-online.de](mailto:sarrrah@t-online.de)

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



Unfalldatum:

DD	MM	YY			

Rettungsmittel:

|| RTW \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|| NAW \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|| NEF \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|| RTH \_\_\_\_\_

Stützpunkt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Besatzung: \_\_\_\_\_

Notarzt: Dr. \_\_\_\_\_ erreichbar unter Telefon: \_\_\_\_\_

Unfallort: \_\_\_\_\_

Unfallzeitpunkt:

		:		
HH	MM			

Auffindungsort

|| Gewässer

|| Rettung aus Immersion (im Wasser)

|| im Freien

|| Rettung aus Submersion (unter Wasser)

|| im Gebäude

Lufttemperatur: \_\_\_\_\_ °C

Wassertemperatur \_\_\_\_\_ °C

Windstärke: \_\_\_\_\_ Bft

Raumtemperatur \_\_\_\_\_ °C

Unfallhergang: max. 2 Nennungen

|| Schiffbruch

|| Wassersportunfall

|| Suizid

|| Eisenbruch

|| Sturz ins Wasser

|| Flugunfall

|| Folge einer Erkrankung

|| Ertrinken primär

|| sonst. Unfall

|| Rauschmitteleinfluß/Vergiftung

|| Bade-/Tauchunfall

Vor-/Begleiterkrankungen \_\_\_\_\_

Bekleidung:

|| Überlebensanzug

|| Naßanzug

|| dicke Bekleidung

|| leichte Bekleidung

|| minimal/unbekleidet

|| \_\_\_\_\_

Auftriebshilfe: max. 2 Nennungen

|| keine

|| effektiv

|| ineffektiv

|| Rettungsweste mit Auftriebskörper

|| aufblasb. Rettungsweste akt.

|| aufblasb. Rettungsweste nicht akt.

|| sonstiges \_\_\_\_\_



## Patienten-Protokoll: Teil A2 (Primärrettung Land) Blatt 3 von 4

MASSNAHMEN: Mundhöhle entleert:  nein  wenig  viel  sehr viel

Tracheale Absaugung:  nein  wenig  viel  sehr viel

### Laienreanimation ab

		:	
HH			MM

nasse Kleidung entfernt:  ja  nein

Wärmeisolierung angebracht:  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

### professionelle Reanim. ab

		:	
HH			MM

Intubation um:  O<sub>2</sub>-Insufflation \_\_\_\_\_ l/min  O<sub>2</sub>-Demand-System (z.B. Dräger Oxidem)  manuelle Beatmung

		:	
HH			MM

kontrollierte Beatmung: AMV \_\_\_\_\_, AF \_\_\_\_\_, PEEP \_\_\_\_\_, FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Atemluft angewärmt:  ja  nein Atemluft angefeuchtet:  ja  nein

### In welchem durchschnittlichen Takt wird die Wiederbelebung durchgeführt?

\_\_\_\_\_ Herzdruckmassagen/min \_\_\_\_\_ Beatmungen/min

### Thoraxsaugglocke ab

		:	
HH			MM

Thoraxsaugglocke: (ACD-CPR)

nein  ja welche \_\_\_\_\_

dabei **Inspirationsbegrenzung** (z.B. Rescue-Valve ITV™):  ja  nein

Wiederbelebung unterbrochen:

nein  ja maximale Dauer \_\_\_\_\_ min

### Körpertemperatur um:

		:	
HH			MM

Körpertemperatur \_\_\_\_\_ °C

gemessen:  Darm  Speiseröhre  Trommelfell

kein venöser Zugang

periphere Kanüle

zentralvenöser Zugang

Infusion \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_

Infusion angewärmt:  ja  nein

### Medikamente

nein  ja Präparat und Dosis \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Ablaufbeschreibung

\_\_\_\_\_

## Patienten-Protokoll: Teil A2 (Primärrettung Land) Blatt 4 von 4

- KOMPLIKATIONEN/ PROBLEME**
- Kammerflimmern
  - ohne erkennbare Ursache     beim Umlagern     bei Intubation     bei Manipulation
  - Vorhofflimmern
  - ohne erkennbare Ursache     beim Umlagern     bei Intubation     bei Manipulation
  - Arrhythmie     Lungenödem     Krampfanfall
  - ventrikuläre Extrasystolen     Aspiration     andere zentr. neurologische Störungen
  - Pulse nicht tastbar     Pneumo/Hämatothorax     Pulsoxymetrie-Problem
  - Kreislaufstillstand     Verletzung der Atemwege     RR-Messung nicht möglich
  - hypovoläm. Schock     Weichteilverletzung durch HDM     EKG-Ableitungsprobleme
  - Atemstillstand     Rippenfraktur     Temperaturmessung nicht möglich
  - spastische Ateminsuffizienz     Verwirrheitszustand     Intubations-/Ventilationsprobleme
  - Kältezittern von \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Uhr     Sonstiges \_\_\_\_\_

**Erläuterung:** \_\_\_\_\_

Übergabe um:

HH		:		MM	

an

- RTW/NAW \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_     RTH \_\_\_\_\_, Notarzt \_\_\_\_\_
- Stützpunkt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_
- Klinik: \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_
- Rechtsmedizin (Polizei) in: \_\_\_\_\_

**BEFUND BEI ÜBERGABE:**

**Kältezittern:**  ja     nein

Eindeutige Todeszeichen:  nein     ja ggf. welche? \_\_\_\_\_

Körpertemperatur \_\_\_\_\_ °C

gemessen:     Darm     Speiseröhre     Trommelfell

**Glasgow-Coma-Scale (GCS):**

GCS-Summe \_\_\_\_\_

<b>Bewußtseinslage</b>	
narkotisiert/sehler	<input type="checkbox"/>
orientiert	<input type="checkbox"/>
getrübt	<input type="checkbox"/>
bewußtlos	<input type="checkbox"/>
<b>keine Lichtreaktion</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Pupillenweite</b>	
eng	<input type="checkbox"/>
mittel	<input type="checkbox"/>
weit	<input type="checkbox"/>
entrundet	<input type="checkbox"/>
nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/>

<b>Meßwerte</b>		
RR _____ / _____ HF _____	regel- <input type="checkbox"/> ja	
Carotipuls <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Atemfrequenz _____	mäßig <input type="checkbox"/> nein	
<b>EKG-Monitor</b>		
<input type="checkbox"/> Sinusrhythmus	<input type="checkbox"/> Kammerflattern/-flimmern	
<input type="checkbox"/> absolute Arrhythmie	<input type="checkbox"/> elektromechanische Dissoziation	
<input type="checkbox"/> AV-Block I°	<input type="checkbox"/> Asystolie	
<input type="checkbox"/> AV-Block II°	<input type="checkbox"/> Schrittmacherrhythmus	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> keine	
Extrasystolen <input type="checkbox"/> SVES	<input type="checkbox"/> monomorph <input type="checkbox"/> polymorph	
<input type="checkbox"/> VES		
<b>Atmung</b>		
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Rasselgeräusche	<input type="checkbox"/> Apnoe
<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Stridor	<input type="checkbox"/> Beatmung/Tubus
<input type="checkbox"/> Zyanose		
<input type="checkbox"/> Spätk	<input type="checkbox"/> Schnappatmung	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Atemwege verlegt mit	<input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Erbrochenem <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Fremdkörper	