

sarrrah

Search and Rescue, Resuscitation and Rewarming in Accidental Hypothermia

Städt.Kliniken Oldenburg, Wilhelmshaven,
Zentralklinik Links der Weser Bremen,
Herzzentrum Karlsburg/Greifswald,
Universitätskliniken
HH-Eppendorf, Kiel, Lübeck, Rostock



B

Patientennummer: (Vorgabe durch Projektleitung)

Patienten-Protokoll: Teil B Blatt 1 von 4 (Primär-/Sekundärtransport)



Dieses Protokoll ist nur dann zu verwenden, wenn zwischen Primärrettungsmittel und Klinik ein weiteres (arztbesetztes) Transportmittel in die Rettungskette eingebunden wird.

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

Dieses Protokoll, falls anders nicht 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**

Transportdatum:

DD	MM	YY			

Rettungsmittel:

- RTW NAW ____/____/____
- NEF ____/____/____
- RTH _____

Stützpunkt: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Besatzung: _____

Notarzt: Dr. _____ erreichbar unter Telefon: _____

Übernahme des Patienten von Rettungsmittel: ____/____/____

Stützpunkt: _____

Notfall-/Unfallort: _____

Ort der Übernahme: _____

Zeitpunkt der Übernahme

		:		
HH	MM			

Laufende Reanimation

ja nein

mit Beatmung _____ l·min⁻¹ _____ min⁻¹

HDM _____ min⁻¹

Umlagerung

ohne Hilfsmittel mit Schaufeltrage in Vakuummatratze

Vor- und Begleiterkrankungen: _____

Patienten-Protokoll: Teil B (Primär-/Sekundärtransport) Blatt 2 von 4

UNTERSUCHUNG:

männlich weiblich Alter ca. _____ Jahre
 Körperbau: dick dünn normal
 eindeutige Todeszeichen nein ja ggf. welche? _____
 Kältezittern:
 ja nein
 Verletzungen:
 nein ja ggf. welche? _____

		:		
HH			MM	

Glasgow-Coma-Scale (GCS):

Augen öffnen		
spontan	4	□
auf Aufforderung	3	
auf Schmerzreiz	2	
kein	1	
beste verbale Reaktion		
konversationsfähig		□
orientiert	5	
desorientiert	4	
inadäquate Äußerung (Wortsalat)	3	
unverständliche Laute	2	
keine	1	
beste motor. Reaktion		
auf Aufforderung	6	□
auf Schmerzreiz		
gezielt	5	
normale Beugeabwehr	4	
abnormale Abwehr	3	
Strecksynergismen	2	
keine	1	

GCS-Summe

Bewußtseinslage		Pupillenweite		
narkotisiert/seziert	<input type="checkbox"/>	eng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientiert	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
getrübt	<input type="checkbox"/>	weit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bewußtlos	<input type="checkbox"/>	entrundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Lichtreaktion	<input type="checkbox"/>	nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meßwerte keine

RR _____ / _____ HF _____ regel- ja
 Carotispuls ja nein Atemfrequenz _____ mäßig nein

ECG-Monitor

<input type="checkbox"/> Sinusrhythmus	<input type="checkbox"/> Kammerflattern/-flimmern
<input type="checkbox"/> absolute Ankytrie	<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

Extrazystolen SVES monomorph polymorph
 VES

Atmung

<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"/> Spätkik	<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

MASSNAHMEN:

Mundhöhle entleert: nein wenig viel sehr viel
 Reanimation fortgesetzt/ Tracheale Absaugung: nein wenig viel sehr viel
 begonnen um

		:		
HH			MM	

Patienten-Protokoll: Teil B (Primär-/Sekundärtransport) Blatt 3 von 4

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

Intubation

		:		
HH				MM

O₂-Insufflation _____ l/min

O₂-Demand-System (z.B. Dräger Oxidem)

manuelle Beatmung

kontrollierte Beatmung: AMV _____, AF _____, PEEP _____, FiO₂ _____,

Atemluft angewärmt: ja nein

Atemluft angefeuchtet: ja nein

Körpertemperatur um

		:		
HH				MM

Wiederbelebung unterbrochen: nein ja maximale Dauer _____ min

nasse Kleidung entfernt: ja nein

Wärmeisolierung angebracht: ja nein Welche? _____

Körpertemperatur _____ °C

gemessen: rektal ösophageal tympanal vesical zentralvenös

kein venöser Zugang

periphere Kanüle

Infusion _____ ml _____

zentralvenöser Zugang

_____ ml _____

Infusion angewärmt: ja nein

Medikamente

nein ja Präparat und Dosis _____

Patienten-Protokoll: Teil B (Primär-/Sekundärtransport) 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- oder
Zustandsänderung

Körpertemperatur _____ °C

gemessen: rektal ösophageal tympanal vesical zentralvenös

eindeutige Todeszeichen? nein ja ggf. welche? _____

Kommentar

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!