

# 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



# E

Patientennummer: (Vorgabe durch Projektleitung)

## Patienten-Protokoll: Teil E Blatt 1 von 2 (Entlassung Akutklinik)



Bis spätestens zur Entlassung 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!

Bitte möglichst Entlassungsbericht anfügen, in dem zuvor die persönlichen Daten des Patienten unkenntlich gemacht wurden. Diese Anlagen müssen mit der o.a. SARRRAH-Patientennummer versehen werden. 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**

Entlassungsdatum:

DD	MM	YY			

Patienten-ID:

z.B. 2 Buchstaben, 6 Ziffern (Vergabe durch Klinik)

Klinik/Abteilung: \_\_\_\_\_

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

behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Tag der Übernahme

DD	MM	YY			

Übernahme des Patienten von Abteilung: \_\_\_\_\_

vorbehandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Anzahl der Tage unter Beatmung seit Unfallereignis: \_\_\_\_\_

Anzahl der Intensivtherapie-Tage: \_\_\_\_\_

Glasgow-Outcome-Scale (GOS):	
keine/minimale Behinderung	5
mäßig behindert	4
schwer behindert	3
(zur Bewältigung des täglichen Lebens auf ständige fremde Hilfe angewiesen)	
persistierender vegetativer Status	2
Patient verstorben	1

## Patienten-Protokoll: Teil E (Entlassung Akutklinik) Blatt 2 von 2

- Komplikationen im Verlauf** (nach Abschluß der Wiedererwärmung bis Entlassung)
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arrhythmie                 | <input type="checkbox"/> ARDS                              | <input type="checkbox"/> Thrombose                  |
| <input type="checkbox"/> ventrikuläre Extrasystolen | <input type="checkbox"/> Atemstillstand                    | <input type="checkbox"/> DIC                        |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufversagen     | <input type="checkbox"/> Verwirrtheitszustand              | <input type="checkbox"/> Sepsis                     |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand        | <input type="checkbox"/> Krampfanfall                      | <input type="checkbox"/> Leberversagen              |
| <input type="checkbox"/> hypovoläm. Schock          | <input type="checkbox"/> cerebrale Ischämie                | <input type="checkbox"/> temporäre NNR-Insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt             | <input type="checkbox"/> Hirnembolie/Apoplex               | <input type="checkbox"/> Nierenversagen             |
| <input type="checkbox"/> Lungenödem                 | <input type="checkbox"/> andere zentr. neurolog. Störungen | <input type="checkbox"/> Hyperthermie               |
| <input type="checkbox"/> Aspiration                 | <input type="checkbox"/> Hämolyse                          | <input type="checkbox"/> _____                      |
| <input type="checkbox"/> _____                      | <input type="checkbox"/> _____                             | <input type="checkbox"/> _____                      |

**Patienteneinwilligung liegt vor**

**Entlassung**  nach Hause  Pflegeheim

**Verlegung in:**  Klinik zur Weiterbehandlung  Nachsorge-Einrichtung

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verstorben am:

DD		MM		YY	

Rechtsmedizin/Pathologie in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!