

Das gesamte, ausgefüllte Schockraumprotokoll bleibt bei dem Patienten bzw. dessen Krankenakte!

# Schockraumprotokoll

Zeitpunkt A: Patientendaten und Präklinik (Erstbefund, Therapie) Polytrauma-Nr. \_\_\_\_\_

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  m  w  
 Aufnahmezeitpunkt im Haus: \_\_\_\_\_ Aufnahmezeit: \_\_\_\_\_

Patientenaufkleber groß

Zuverlegung aus anderer Klinik:

nein

ja:

aus Krankenhaus: \_\_\_\_\_

D 13  ja  nein

Aufnahme dort: Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

## Präklinik

Unfalldatum: \_\_\_\_\_  
 Unfalluhrzeit (bestmögliche Schätzung): \_\_\_\_\_  
 Unfallort: \_\_\_\_\_  
 RTW  
 NAW / NEF  
 RTH  
 Standort: \_\_\_\_\_  
 Funkrufname: \_\_\_\_\_ Eintreffen am \_\_\_\_\_  
 Unfallort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr  
 Abfahrt vom Unfallort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr

### Vitalparameter am Unfallort

Atemfrequenz: \_\_\_\_\_ /min  
 Sauerstoffsättigung (SO<sub>2</sub>): \_\_\_\_\_ %  
 RR<sub>syst.</sub>: \_\_\_\_\_ mmHg  
 Puls: \_\_\_\_\_ /min  
 GCS: \_\_\_\_\_ Punkte

### Pupillen

		rechts	links
Größe	eng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	weit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaktion	prompt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	träge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Therapie bis zur Aufnahme in die erstversorgende Klinik

Intubation  ja  oral  nasal  
 nein

Cervikalstütze  ja  nein

Thoraxdrainage/  
 Pleuraentlastung  ja  rechts  links  
 nein

Analosedierung  ja  nein

Herzmassage  ja  nein

Katecholamine  ja  nein

Zugänge  peripher: Anzahl \_\_\_\_\_

zentral: Anzahl \_\_\_\_\_

keine

Kristalloide: \_\_\_\_\_ ml

Kolloide: \_\_\_\_\_ ml

Hyperhaes®: \_\_\_\_\_ ml

Medikamente: \_\_\_\_\_ ml

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

### NACA-Index (s. NA-Protokoll)

I	II	III	IV	V	VI	VII
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- I geringfügige Störung
- II ambulante Abklärung
- III stationäre Behandlung
- IV akute Lebensgefahr nicht auszuschließen
- V akute Lebensgefahr
- VI Reanimation
- VII Tod

## Unfallanamnese

### Ursache:

- Unfall
- V.a. Gewaltverbrechen
- V.a. Suizid

### Trauma:

- Stumpf
- Penetrierend

### Hergang:

- Verkehr  
 Aufprall  frontal  lateral

- PKW / LKW-Insasse

- Fahrer
- Beifahrer

- Angeschnallt  ja  nein
- Airbagauslösung

- Motorradfahrer

- Helm  ja  nein

- Fahrradfahrer

- Helm  ja  nein

- Fußgänger

- Sturz > 3m
- < 3m

Unfallhergang (Freitext) S. 2 oben

### Verletzungen (Verdachtsdiagnose NA)

	keine	leicht	mittel	schwer
SHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obere Extrem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Extrem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Extremitätenbewegungen

		rechts	links
Sensibilität	Arm	_____	_____
	Bein	_____	_____
Motorik	Arm	_____	_____
	Bein	_____	_____

3 = normal  
 2 = vermindert  
 1 = fehlend  
 0 = nicht prüfbar

Die grau hinterlegten Flächen sind obligat für das Traumaregister der DGU auszufüllen!



Aufnahme/Anamnese 02000001

**Unfallhergang:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ärzteteam**

<b>Chirurgie:</b>	Erscheinen im SR		Erscheinen im SR
Oberarzt: _____	/ _____ Uhr	<b>Anästhesie:</b> _____	/ _____ Uhr
1. Dienst: _____	/ _____ Uhr	<b>Radiologie:</b> _____	/ _____ Uhr
2. Dienst: _____	/ _____ Uhr		
3. Dienst: _____	/ _____ Uhr		

**Physiologische Aufnahmebefunde (im Schockraum)**

**Atmung**

<input type="checkbox"/> Intubiert / Beatmung	<input type="checkbox"/> nicht intubiert / Spontanatmung
Tubuslage <input type="checkbox"/> korrekt <input type="checkbox"/> inkorrekt	Atemfrequenz: _____ /min
Sauerstoffsättigung (SO <sub>2</sub> ): _____ %	Sauerstoffsättigung (SO <sub>2</sub> ): _____ %
ETCO <sub>2</sub> _____ mmHg	Sauerstoff mit Maske: <input type="checkbox"/> ja _____ l/min
FiO <sub>2</sub> _____	Raumluft: <input type="checkbox"/> ja
Blutgasanalyse siehe S. 3	

**Kreislauf**

RR<sub>syst.</sub>: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      Puls: \_\_\_\_\_ /min      Katecholamine  ja  nein

**ZNS**

Analgesiedierung  ja  nein

Medikamente:

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_

Alkoholeinfluss  ja  nein

<b>Pupillen</b>		rechts	links
Größe	eng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	weit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaktion	prompt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	träge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Glasgow-Coma-Scale**

Augenöffnung	4 spontan 3 Aufforderung 2 Schmerz 1 keine	_____
Verbale Antwort	5 orientiert 4 verwirrt 3 inadäquat 2 unverständlich 1 keine	+ _____
Motorische Antwort	6 Aufforderung 5 gezielt (Schmerz) 4 ungezielt (Schmerz) 3 Beugekrämpfe 2 Streckkrämpfe 1 keine	+ _____
		= _____

**Körpertemperatur** \_\_\_\_\_ °C  
 (gemessen im Ohr)



02000001 Aufnahme/Anamnese

**Uhrzeit:            Befund:**

**Sonographie** (innerhalb der 1. Minute)

1. Abdomensono    /    Uhr \_\_\_\_\_

**Röntgen I** (innerhalb der 1. Minute)

1. Thoraxübersicht    /    Uhr \_\_\_\_\_

**Computertomographie**

Ganzkörper    /    Uhr \_\_\_\_\_

Schädel    /    Uhr \_\_\_\_\_

HWS    /    Uhr \_\_\_\_\_

Thorax    /    Uhr \_\_\_\_\_

Abdomen    /    Uhr \_\_\_\_\_

   /    Uhr \_\_\_\_\_

   /    Uhr \_\_\_\_\_

**Röntgen II**

HWS 2 Ebenen    /    Uhr (falls im CT nicht abgebildet)

BWS 2 Ebenen    /    Uhr (falls kein CT)

LWS 2 Ebenen    /    Uhr (falls kein CT)

Beckenübersicht    /    Uhr (falls im CT nicht abgebildet)

Extremitäten    /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

(je nach Befund)    /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

                                 /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

                                 /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

                                 /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

**Zusatzdiagnostik:**

2. Thoraxübersicht    /    Uhr \_\_\_\_\_

Hemithorax    /    Uhr \_\_\_\_\_

Schädel 2 Ebenen    /    Uhr \_\_\_\_\_

Cysturethrographie    /    Uhr \_\_\_\_\_

Angiographie    /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

sonstiges    /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

sonstiges    /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

                                 /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

                                 /    Uhr was: \_\_\_\_\_ :

**1. Blutgasanalyse**

Hb \_\_\_\_\_ g/dl    /    Uhr \_\_\_\_\_

pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_    FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

SO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

pH \_\_\_\_\_

BE (+/-) [ ] \_\_\_\_\_

Horowitzquotient (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) = \_\_\_\_\_

**Labor bei Aufnahme**

**1. Hb mitgeteilt (Labor)** \_\_\_\_\_ g/dl    /    Uhr \_\_\_\_\_

Leukozyten    \_\_\_\_\_ µl

Thrombozyten    \_\_\_\_\_ µl

TPZ (Quick)    \_\_\_\_\_ %

CK    \_\_\_\_\_ U/l

Laktat    \_\_\_\_\_ mmol/l

Kreatinin    \_\_\_\_\_ mg/dl

Natrium    \_\_\_\_\_ mmol/l



Aufnahme/Anamnese  
02000001

**Uhrzeit: Befund:**

**Respiratorisches System**

<input type="checkbox"/> Sauerstoffmaske	____ / ____ Uhr	_____ l/min
<input type="checkbox"/> Intubation	____ / ____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Tubuskontrolle	____ / ____ Uhr	Blut im Tubus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fehllage: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Tubuskorrektur	____ / ____ Uhr	Maßnahme: _____
<input type="checkbox"/> Beatmungsprobleme	____ / ____ Uhr	welche: _____
<input type="checkbox"/> Thoraxdrainage rechts	____ / ____ Uhr	Blut initial: _____ ml Luftfistel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Thoraxdrainage links	____ / ____ Uhr	Blut initial: _____ ml Luftfistel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Bronchoskopie	____ / ____ Uhr	_____
<input type="checkbox"/> sonstiges	____ / ____ Uhr	_____

**Herzkreislaufsystem**

<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> offen
<input type="checkbox"/> Kompression einer Blutung	____ / ____ Uhr	Lokalisation: _____
<input type="checkbox"/> peripherer Zugang	____ / ____ Uhr	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> 1. Laborabnahme/Kreuzblut	____ / ____ Uhr	
<input type="checkbox"/> ZVK / Shaldon	____ / ____ Uhr	ZVD: _____ mmHg
<input type="checkbox"/> arterieller Katheter	____ / ____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Kristalloide	_____ ml	(bis zur Aufnahme auf Intensivstation)
<input type="checkbox"/> Kolloide	_____ ml	(bis zur Aufnahme auf Intensivstation)
<input type="checkbox"/> Hyperonkot./Hyerosmol. Lsg.	_____ ml	(bis zur Aufnahme auf Intensivstation)
<input type="checkbox"/> 1. EK	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> ungekreuzt
<input type="checkbox"/> EKs (Anzahl/ml)	____ / ____ ml	(1 EK $\cong$ 300 ml) (bis zur Aufnahme auf Intensivstation)
<input type="checkbox"/> FFPs (Anzahl/ml)	____ / ____ ml	(1 FFP $\cong$ 250 ml) (bis zur Aufnahme auf Intensivstation)
<input type="checkbox"/> TKs (Anzahl/ml)	____ / ____ ml	(1 TK $\cong$ 250 ml) (bis zur Aufnahme auf Intensivstation)
<input type="checkbox"/> Katecholamine		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Embolisation/Ballonokklusion	____ / ____ Uhr	Lokalisation: _____
<input type="checkbox"/> 12-Kanal-EKG	____ / ____ Uhr	(insbesondere bei Thoraxtrauma)
<input type="checkbox"/> Pulmonalkatheter	____ / ____ Uhr	MPAP: _____ mmHg Wedge: _____ mmHg
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	____ / ____ Uhr	Urin initial: _____ ml Hämaturie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Anlage Pelvic Sling	____ / ____ Uhr	

**ZNS**

<input type="checkbox"/> Analgosedierung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Toxikologisches Screening		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Mannitgabe	____ / ____ Uhr	Dosis: _____

**Operationen / Interventionen**

<input type="checkbox"/> Notoperation	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> Koniotomie	<input type="checkbox"/> im SR	<input type="checkbox"/> im OP
	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> Thorakotomie	<input type="checkbox"/> im SR	<input type="checkbox"/> im OP
	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> Laparotomie	<input type="checkbox"/> im SR	<input type="checkbox"/> im OP
	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> ICP Anlage	<input type="checkbox"/> im SR	<input type="checkbox"/> im OP
	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> Trepanation	<input type="checkbox"/> im SR	<input type="checkbox"/> im OP
	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> Fixateur externe Anlage	<input type="checkbox"/> im SR	<input type="checkbox"/> im OP
	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> Fasciotomie	<input type="checkbox"/> im SR	<input type="checkbox"/> im OP
<input type="checkbox"/> Wundversorgung	____ / ____ Uhr	Lokalisation: _____		
<input type="checkbox"/> sonstiges	____ / ____ Uhr	_____		

<input type="checkbox"/> Tetanusprophylaxe	____ / ____ Uhr	<input type="checkbox"/> Tetanol <input type="checkbox"/> Tetagam
<input type="checkbox"/> Antibiotikum	____ / ____ Uhr	Medikament: _____ Dosis: _____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftstest	____ / ____ Uhr	
<input type="checkbox"/> sonstiges	____ / ____ Uhr	_____
<input type="checkbox"/> sonstiges	____ / ____ Uhr	_____
<input type="checkbox"/> sonstiges	____ / ____ Uhr	_____



02000001 Aufnahme/Anamnese

**Schädel**

- unauffällig
- KPW
- Hämatom
- Orbitalhämatom
- Gehörgangsblutung
- Liquorrhoe
- Mittelgesichtsinstabilität
- Unterkieferfraktur
- Augenverletzung
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Thorax**

- unauffällig
- Prellmarken
- Hämatom
- Hautemphysem
- Instabilität
- Kompressionsschmerz
- offene Verletzung
- Halsvenenstauung
- pathologischer Auskultationsbefund
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Abdomen und Urogenitaltrakt**

- unauffällig
- Prellmarken
- Hämatom
- aufgetrieben
- Druckschmerz
- Abwehrspannung
- offene Verletzung
- Blutung aus Anus, Vagina, Urethra
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Becken**

- unauffällig
- instabil / aufklappbar
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bewegungsapparat (Extremitäten und Wirbelsäule)**

Lokalisation:	Hämatom	Schürfung	Weichteilläsion	Fehlstellung	Instabilität	Kompartment	sonstiges
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Neurologischer Status**

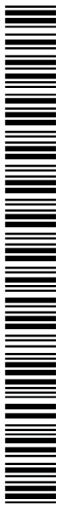
- unauffällig
  - Analgosedierung (nicht oder eingeschränkt beurteilbar)
  - ohne Analgosedierung
- Motorik**
- spontan  seitengleich
  - abgeschwächt: Lokalisation: \_\_\_\_\_
  - keine
- Sensibilität**
- unauffällig, seitengleich vorhanden
  - gestört: Art: \_\_\_\_\_
  - Lokalisation: \_\_\_\_\_
- Reflexe**
- unauffällig
- |                | rechts                      |                               |                                  | links                       |                               |                          |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                | normal                      | gesteigert                    | fehlend                          | normal                      | gesteigert                    | fehlend                  |
| BSR            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| PSR            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| ASR            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Babinskireflex | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                          |
| Sphinktertonus |                             | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> schlaff |                             |                               |                          |
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Gefäßstatus** tastbar bzw. dopplerbar

- unauffällig
- |               | rechts                      |                               | links                       |                               |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| A. carotis    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| A. radialis   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| A. femoralis  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| A. poplitea   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| A. dors. ped. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| A. tib. post. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Psychischer Status**

- unauffällig
- nicht beurteilbar
- auffällig: \_\_\_\_\_



Verlaufsparmeter	30 min	60 min	_____ min
Sono .....	<input type="checkbox"/> erfolgt	<input type="checkbox"/> erfolgt	<input type="checkbox"/> erfolgt
BGA .....	<input type="checkbox"/> erfolgt	<input type="checkbox"/> erfolgt	<input type="checkbox"/> erfolgt
Labor: .....	Hb: _____ mg/dl	Hb: _____ mg/dl	Hb: _____ mg/dl
Thoraxdrainage rechts (Menge summieren)	_____ ml	_____ ml	_____ ml
Thoraxdrainage links (Menge summieren)	_____ ml	_____ ml	_____ ml
Neurologische Verschlechterung (GCS-Abfall, Pupillenveränderung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontroll-CCT / CT .....			<input type="checkbox"/> erfolgt
Temperatur .....	_____ °C	_____ °C	_____ °C
schlechtester RR <sub>syst</sub> .....	_____ mmHg	schlechtester TPZ (Quick) .....	_____ %
schlechtester Hb .....	_____ g/dl	schlechtester BE (+/-) [ ] .....	_____ mmol/l

**Konsile**

<input type="checkbox"/> Neurotraumatologie	/	Uhr
<input type="checkbox"/> MKG	/	Uhr veranlasst
<input type="checkbox"/> HNO	/	Uhr veranlasst
<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	/	Uhr veranlasst
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	/	Uhr veranlasst
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	/	Uhr veranlasst

**Abschlussdiagnosen der Schockraumversorgung**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen**

keine  unbekannt

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht vorhanden Name \_\_\_\_\_

Patientenverfügung vorhanden Tel. \_\_\_\_\_

**Bewertung + Operationsfähigkeit s. Traumacheckliste (S. 7)**

**Weiterversorgung**

SR-Diagnostik regulär beendet  ja  nein

wenn ja: Weiterverlegung:

Früh-OP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr  
Ankunft OP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr  
Hautschnitt \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr

ICU \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr

anderes \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr  
Wohin? \_\_\_\_\_

wenn nein: Abbruch wegen:

Not-OP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr

anderes \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr

Kompletzierung der Diagnostik vor ICU  ja  nein

**Tod**  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr

postmortales CT \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Uhr

Befund \_\_\_\_\_

**Anweisungen für Station:**

---



---



---



---

**Protokoll ausgefüllt durch:** Name \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Verantwortlicher Chirurg:** Name \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



Aufnahme/Anamnese  
02000001

# Traumacheckliste

Befundkonstellation nach initialer Diagnostik (incl. MSCT)  
Entscheidungshilfe für weiteres Vorgehen

Polytrauma-Nr. \_\_\_\_\_

## Präklinische Werte

GCS: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ AF: \_\_\_\_\_

Präklinische Hypotension: \_\_\_\_\_  ja  nein

## ATLS

**A-Problem (Airway):** \_\_\_\_\_  ja  nein  
Tubusfehlage, Intubationshindernis, Atemwegsverlegung

**B-Problem (Breathing):** \_\_\_\_\_  ja  nein  
Spannungspneumothorax, Spannungshämatothorax, instabiler Thorax, Lungenkontusionen

**C-Problem (Circulation)** \_\_\_\_\_  ja  nein  
Perikardtamponade, relevante Blutung, hämorrhagischer Schock, Transfusionsbedarf (kardiogener oder neurogener Schock nur nach Ausschluss eines hämorrhagischen Schocks)

**D-Problem (Disability)** \_\_\_\_\_  ja  nein  
Intracranielle Blutung, Hirndruck, Rückenmarksverletzung

**E-Problem (Environment)** \_\_\_\_\_  ja  nein  
Hypothermie

## Klinische Werte

RR: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ AF: \_\_\_\_\_ /min

Katecholamine:  ja  nein geschätzter ISS: \_\_\_\_\_

## Borderlinekriterien

- Polytrauma mit **Abdomen-/Beckenverletzung und hämorrhagischem Schock**
- Polytrauma mit **arterieller Gefäßverletzung und hämorrhagischem Schock**
- Persistierender Schock**  
(RR < 90 mmHg, Hb < 9 mg/dl, EK > 9, Base Excess < -8)
- Gerinnungsstörung** (Thrombozyten < 90.000 /µl oder Quick < 50%)
- Polytrauma mit **ISS > 40 ohne Thoraxtrauma**
- Polytrauma mit **ISS > 20 mit Thoraxtrauma**
- Bilaterale Lungenkontusionen**
- Multiple Verletzungen der **langen Röhrenknochen** (AIS ≥ 2)
- Hypothermie** < 35° C



## Bewertung

- Instabil
- Borderline
- Stabil

## Operationsfähigkeit

- Lebensrettende Notfall-OP (auch Interventionen, z.B. Ballonokklusion)
- Verletzungsadaptierte OP (< 6 h) (Damage Control Surgery)
- Keine Einschränkung

## Kommentar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Unfallchirurgie

Anästhesie

Radiologie

### Verletzte Extremität / MESS (mangled extremity severity score) =

Knochen/Weichteilverletzung	Schock	Gliedmaßenischämie	Alter
- durch geringe Energie (Stich, einfache Fraktur).....1	- systolischer RR immer > 90 ..... 0	- Pulslosigkeit oder Pulsverminderung, aber erhaltene Perfusion ..... 1*	< 30.....0
- durch mittlere Energie .....2 (offene oder Mehretagenbrüche, Luxationen)	- vorübergehende Schockphase .... 1	- Pulslosigkeit, Parästhesie, keine kapilläre Wiederauffüllung .....2*	30 - 50 ....1
- durch hohe Energie.....3 (Schussverletzung aus nächster Nähe, Crush injury)	- persistierender Schock..... 2	- kühle, gelähmte, gefühllose Extremität ..3*	> 50.....2
- durch sehr hohe Energie (mit ausgedehnter Wundkontamination und Gewebeerfetzung, auch (sub)totale Amputation).....4			

\* doppelter Score bei Ischämiezeiten von > 6 h

Bei Werten über 7 wird von einer hohen Amputationswahrscheinlichkeit ausgegangen.



Aufnahme/Anamnese 02000001