

LYSE- UND THROMBEKTOMIEPROTOKOLL



Lyse- und Thrombektomieprotokoll

Version 16.08.2023

Patient*in

Notaufnahme Richtzeit < 5 Minuten	G-FAST & Vigilanz	Gaze: Blickwendung? Faziale Parese? Armparese? Sprach/Sprechstörung? Bewusstseinsstörung?	<input type="checkbox"/> ja: 1 Punkt <input type="checkbox"/> ja: 1 Punkt <input type="checkbox"/> ja: 1 Punkt <input type="checkbox"/> ja: 1 Punkt <input type="checkbox"/> ja	→ Summe G-FAST: ___ Punkte	Symptombeginn <input type="checkbox"/> beobachtet <input type="checkbox"/> unbeobachtet zuletzt unauffällig gesehen: _____ (Datum, Uhrzeit) _____ (Datum, Uhrzeit)				
	Anamnese	Symptombeginn? Einnahme blutverdünnender Medikamente? Klinischer Vorzustand?	in rechter Spalte notieren → <input type="checkbox"/> Ja: - Präparat: _____ - Letzten Einnahme um: _____ (Datum, Uhrzeit) <input type="checkbox"/> gehfähig und allenfalls auf gelegentl. Unterstützung angewiesen <input type="checkbox"/> gehfähig, aber meist auf Unterstützung angewiesen <input type="checkbox"/> nicht gehfähig, auf ständige Unterstützung angewiesen		<input type="checkbox"/> Eintreffen in der Klinik: _____ (Uhrzeit) oder: <input type="checkbox"/> Onset in der Klinik _____ (Uhrzeit)				
CT Richtzeit < 10'	Anruf bei TEMPiS: 089 / 6210-2255 - noch vor oder spätestens während CT Symptombeginn (bzw. wann zuletzt ohne Defizit gesehen), Anamnese und Untersuchungsbefund mitteilen Fragen: Indikation zur CT-Angiographie (CT-A)? Wenn vor Ort verfügbar: Indikation zur CT-Perfusion (CT-P)?				CCT _____ Uhrzeit: _____ CT-A <input type="checkbox"/> ja _____ Uhrzeit: _____ CT-P <input type="checkbox"/> ja _____ Uhrzeit: _____				
Telekonsilraum Richtzeit < 10 Minuten	Anruf bei TEMPiS, sobald Patient*in vor der Kamera				Notizen				
	Checkliste Anamnese			Ja Nein					
Telekonsilraum Richtzeit < 10 Minuten	Checkliste Vitalparameter/Labor/CT		Wert	Ja Nein	Entscheidungen 1. Lysetherapie _____ (Uhrzeit) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 2. Thrombektomie/Verlegung _____ (Uhrzeit) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Hirnblutung in cCT/cMRT?		-						
Aufklärung Einwilligung	<input type="checkbox"/> Pat. ist einwilligungsfähig, wurde situationsgerecht aufgeklärt und ist mit Therapie einverstanden bei off-label-Therapie: <input type="checkbox"/> schriftliche Aufklärung über individuellen Heilversuch ist erfolgt <input type="checkbox"/> Pat. ist <u>nicht</u> einwilligungsfähig: <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter wurde situationsgerecht aufgeklärt und ist einverstanden <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter nicht bekannt oder erreichbar → Notfallindikation				Notizen				
	Lyse	NIH-SS	Punkte	Dosierung Actilyse® (0,9 mg / kg KG, max. 90mg)		Bolusgabe _____ (Uhrzeit)			
Blutdruck	/ mmHg	falls ≥ 185/110 weitere Senkung!	KG	Bolusgabe	Verbleib für Infusion		Infusionsrate	Gesamtdosis	
Gewicht	kg	→ rtPA Gesamtdosis _____ mg	kg	mg	mg	ml/h	mg		
Thrombektomie	<input type="checkbox"/> FIT-Einsatz geplant (in FIT-Kliniken): Anästhesie verfügbar? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angiographie frei? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				40	3,6	32,4	32,4	36
	<input type="checkbox"/> Verlegung in Zielklinik: _____				50	4,5	40,5	40,5	45
				60	5,4	48,6	48,6	54	
				70	6,3	56,7	56,7	63	
				75	6,8	61,2	61,2	68	
				80	7,2	64,8	64,8	72	
				85	7,7	69,3	69,3	77	
				90	8,1	72,9	72,9	81	
				100	9,0	81,0	81,0	90,0	
				> 100	9,0	81,0	81,0	90,0	
				Anforderung Transport _____ (Uhrzeit)				Verlassen der Klinik _____ (Uhrzeit)	