

<p>Intraarterielle Therapie (IAT)</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vor Aufnahme <input type="checkbox"/> im eigenen Haus <input type="checkbox"/> Verlegung zur geplanten IAT	<p>Datum Punktion der Leiste</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Uhrzeit Punktion der Leiste</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Erfolgreiche Rekanalisation (TICI=IIb,III)</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja																		
<p>Datum und Uhrzeit der Verlegung zur gepl. IAT</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																	<p>Art der Intraarteriellen Therapie (IAT)</p> <input type="checkbox"/> Thrombektomie <input type="checkbox"/> i.a. Thrombolyse <input type="checkbox"/> beides	<p>Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie (innerhalb 12h)</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne Rückübernahme <input type="checkbox"/> ja, mit Rückübernahme	<p>Barthel-Index</p> <p>Blasenkontrolle</p> <p><= 24h n. Aufnahme</p> <input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> gelegentl. Verlust <input type="checkbox"/> inkontinent <p>Bei Entlassung</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Lagewechsel Bett-Stuhl</p> <input type="checkbox"/> vollständig selbstständ. <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung. <input type="checkbox"/> große Unterstützung. <input type="checkbox"/> vollständig abhängig <p>Fortbewegung</p> <input type="checkbox"/> vollständig selbstständ. <input type="checkbox"/> geringe Unterstützung. <input type="checkbox"/> große Unterstützung. <input type="checkbox"/> vollständig abhängig
<p>Rankin Skala Bei Entlassung</p> <input type="checkbox"/> keine Symptome <input type="checkbox"/> keine wesentl. FE <input type="checkbox"/> geringe FE <input type="checkbox"/> mäßige FE <input type="checkbox"/> mittelschwere FE <input type="checkbox"/> schwere FE <input type="checkbox"/> Tod	<p>weitere Diagnostik nach Ereignis</p> <p>nein ja</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (mind. 24h mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion) <p>nein ja nicht bestimmbar</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlucktest nach Protokoll	<p>Komorbidity/Risikofaktoren</p> <p>nein ja</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Früh. Schlaganfall <p>VH-Flimmern, Arrhyth.</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vorbek. <input type="checkbox"/> ja, neu diagnost.																	
<p>Symptomatische ipsilat. Stenose der ACI</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <50% <input type="checkbox"/> 50%-70% <input type="checkbox"/> 70%-99% <input type="checkbox"/> 100% (Verschluss) <input type="checkbox"/> nicht untersucht	<p>Operative Revask. d. ACI veranlasst/empfohlen</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Revaskularisierung während Aufenthaltes, verlegt [extern] zur Revaskularisierung bzw. im Arztbrief empfohlen)	<p>Komorbidity/Risikofaktoren</p> <p>nein ja</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Früh. Schlaganfall <p>VH-Flimmern, Arrhyth.</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vorbek. <input type="checkbox"/> ja, neu diagnost.																	
<p>Komplikationen</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <p style="text-align: center;">↓</p> <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Erhöhter Hirndruck <input type="checkbox"/> Intrazerebrale Blutung <input type="checkbox"/> Andere Komplikationen	<p>Therapie/Frühe Sekundärprävention</p> <p>nein ja</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beatmung <p>Antikoagulation (Marcumar/Heparin o.ä.) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> OAK (Vitamin K-Antagonisten oder DOAK) <p>Sekundärprophylaxe</p> <p>nein ja</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Statine (einschl. Empfehlung im Entl.brief)	<p>Palliative Zielsetzung dokumentiert</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Datum des Eintrags in die Patientenakte</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Aufenthalt/Behandlung auf Stroke Unit (SU)</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <p style="text-align: center;">↓</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Liegezeit auf SU in Tagen (<1 = 0)</p>																	
<p>Beginn der Rehabilitation</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">nein</td> <td style="width: 33%;"><=Tag 2 n. Aufn.</td> <td style="width: 33%;">>Tag 2 n. Aufnahme</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Physiotherapie/ Ergotherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Logopädie</td> </tr> </table>	nein	<=Tag 2 n. Aufn.	>Tag 2 n. Aufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie/ Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopädie	<p>Geplante Reha nach Entlassung aus Akutbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ambulante oder stat. Rehabilitation veranlasst</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <input type="checkbox"/> Neurologische Rehabilitation Phase B <input type="checkbox"/> Geriatrische Rehabilitation <input type="checkbox"/> Neurologische Rehabilitation Phase C <input type="checkbox"/> Sonstige Rehabilitation <input type="checkbox"/> Neurologische Reha Phase D - stationär <input type="checkbox"/> Neurologische Reha Phase D - amb./teilstat.						
nein	<=Tag 2 n. Aufn.	>Tag 2 n. Aufnahme																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie/ Ergotherapie																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopädie																
<p>Geriatrische Frühreha/Komplexbehandlung <input type="checkbox"/> ja</p>																			