**Neurovaskuläres Netzwerk Westfalenplus plus (NVN-Wplus)**

Patientenaufkleber

**I. Erstaufnehmende Klinik**

Name der Klinik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patientenname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aufnahme:**

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

**Ereigniszeitpunkt:**

Neurovaskuläre Erkrankung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Wenn Ereigniszeitpunkt unbekannt:

Zuletzt gesund gesehen: Datum: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**NIH-SS** (Pkte) bei Aufnahme in zuweisende Klinik: \_\_\_\_ bei Verlegung aus zuweisender Klinik: \_\_\_\_\_

Aktuelle Vigilanz: □ wach □ somnolent □ komatös □ intubiert/beatmet

**Wesentliche Vorerkrankungen:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gerinnungsrelevante Vormedikation:**

□ ASS □ Clopidogrel □ andere TFH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Marcumar, INR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Heparin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOAK: □ Dabigatran, □ Rivaroxaban □ Apixaban □ Edoxaban

letzte Einnahme: Datum: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Weitere relevante Medikation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erstbildgebung:** □ CCT □ CT-A □ CT-P □ MRT

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

**Therapie:**

Systemische Thrombolyse □ ja □ nein

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

Thrombektomie □ ja □ nein

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

Andere Therapie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktaufnahme:**

Klinik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Abfahrt:**

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

□ NAW □ RTW □ Luftgebunden □ Übernahme abgelehnt/nicht möglich

Bemerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Übernehmende Klinik**

Patientenaufkleber

Name der Klinik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ankunft: Datum: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Betroffene intrakranielle Gefäße:**

□ Vordere Zirkulation □ Hintere Zirkulation □ Sonstige

□ A. Subclavia/ Tr. Brachiocephalicus □ V1-V3 □ V4□ BA □ PCA □ MCA□ ACA □ ACI □ sonstige

NIH-SS (Pkte): \_\_\_\_\_\_\_\_

mRS unmittelbar vor dem Schlaganfall: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

mRS unmittelbar vor der Intervention: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bildgebung:** □ CCT □ CT-A □ CT-P □ MRT

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

**Therapie:**

Systemische Thrombolyse □ ja □ nein

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

Intubation □ ja □ nein

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

**Thrombektomie** □ ja □ nein

Pharmakologische Therapie:□ ja □ nein

Mechanische Rekanalisation: □ ja □ nein

□ Aspiration distal □ Stent Retrieving □ Ballon-PTA

□ Intrakranieller Stent □ extrakranieller Stent □ Proximale Ballonkontrolle

Ankunft Angiographie:

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

Interventionsbeginn (Leistenpunktion)

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

Erster Thrombektomiezeitpunkt

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

Letzter Thrombektomiezeitpunkt:

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

Anzahl der Rekanalisationsversuche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abschlusskontrolle in 2 Ebenen:

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

Rekanalisationsergebnis TICI: □ III □ IIc □ IIb □ IIa □ I □ 0

Durchleuchtungszeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (min:s)

Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mGy cm²

Besonderheiten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Neurochirurgische Intervention** □ ja □ nein

Prozedur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. Weitere Behandlung & Outcome**

Aufnahme auf: □ Stroke Unit □ Neuro ICU □ Anästhesiologie ICU □ Med ICU □ IMC

NIH p24h oder nach Extubation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIH bei Entlassung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rankin bei Entlassung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rückmeldung an einweisende Klinik □ ja □ nein

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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