

Reanimationsregister Version 2.0

entspricht Datensatz Deutsches Reanimationsregister Weiterversorgung Pädiatrie (05/2013)

WEITERVERSORGUNG PÄDIATRIE

Einsatz-Datum	TTMMJJJJ	Standort-Kennung		Protokoll-Nummer		NEF Kennung	
Patienten-Identifikation		Geburts-Datum	TTMMJJJJ	Alter, wenn jg. als 28 Tage:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	wenn < 1 Jahr: Frühgeburt < 37 SSW	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, dann SSW

Körpergröße (cm) Gewicht (kg)

Aufnahmestatus

Zeit nach ROSC in Min.

Pupillenfunktion
Re eng mittel weit keine LR
Li eng mittel weit keine LR

Analgosedierung keine
 Fentanyl Morphin Piritramid Midazolam Phenobarbital
 Propofol Diazepam Ketamin/Ketamin-S Sonstiges

Temperatur (°C)

Erstes Labor nach ROSC kapillär arteriell venös
pH BE (mmol/l) pCO₂ Lactat
 mmHg kPa mg/dl mmol/l

Temperaturmanagement

Hypothermiebehandlung
 ja nein Technik nicht verfügbar

Beginn nach Arrest
 < 2h 2 - 4 h 4 - 6 h 6 - 8 h > 8h

Zieltemperatur
 < 32 °C 32 - 34 °C 34 - 36 °C 36 - 38 °C

Kühlmethoden
 Oberflächenkühlung Flüssigkeit (Pads, Matten, Decken) Hämofiltration/ECMO
 Oberflächenkühlung Luft Sonstiges
 i.v. Flüssigkeit 4 °C
 Kühlkatheter invasiv
 Coolpacks

Servokontrollierte Kühlung ja nein

Zieltemperatur nach ROSC erreicht in
 < 2 Stunden 2 - 6 Stunden > 6 Stunden

Temperatur (≤120 h nach ROSC)
minimal °C maximal °C

Dauer Kühlung
 ≤ 24 Stunden > 24 - ≤ 48 Stunden > 48 - ≤ 72 Stunden > 72 Stunden

Dauer Wiedererwärmung in Stunden

Labor (6 - 8 h nach ROSC)
pH BE (mmol/l) Lactat
 mg/dl mmol/l

Klinischer Verlauf

Beatmungstunden

EEG Muster
 kein EEG Monitoring durchgeführt schwere Allgemeinveränderung
 altersphysiologisch Burst-Suppression
 leichte Allgemeinveränderung isoelektrisches EEG
 mäßiggradige Allgemeinveränderung epilepsietypische Potentiale

Zerebrale Bildgebung keine durchgeführt
 cCT MRT cCT + MRT transkranieller Doppler

Schlechtester Befund Bildgebung
 Normalbefund mildes bis moderates Hirnödem schweres Hirnödem

Zeitpunkt schlechtester Befund Bildgebung nach ROSC
 ≤ 24 Stunden > 24 - ≤ 48 Stunden > 48 - ≤ 72 Stunden > 72 Stunden

Hirndrucksonde
 ja nein
ICP > 20mmHg für > 5 Min.
 ja nein

Klinischer Anhalt für Krampfanfälle
 ja nein

Antikonvulsive Therapie keine durchgeführt
Indikation prophylaktisch klinisch EEG
 aEEG
Medikamente Phenobarbital Levetiracetam Benzodiazepin
 Sonstiges

Katecholaminbedarf (≤ 72 h nach ROSC, Mehrfachnennung möglich)
 Nein Adrenalin Noradrenalin
 Dopamin Dobutamin Vasopressin
 Milrinone/Enoximone Levosimendan Sonstiges

Komplikationen

Bradykardie < 60/min (≤ 72 h nach ROSC)
 ja behandlungsbedürftig nein

Arrhythmien (≤ 72 h nach ROSC)
 ja behandlungsbedürftig nein

Elektrolytentgleisungen (≤ 72 h nach ROSC)
 Hypokaliämie Hypomagnesiämie Hyponatriämie
 Hyperkaliämie Hypocalziämie sonstiges

Insulingabe (≤ 72 h nach ROSC)
 ja nein

Pulmonale Hypertension (≤ 72 h nach ROSC)
 ja behandlungsbedürftig nein
Messmethode: invasiv Echo

Schlechtestes Kreatinin im Serum (≤ 72 h nach ROSC)

 mg/dl µmol/l

Niedrigster Thrombozytenwert (≤ 7 Tage nach ROSC)
 < 50.000 50.000 - 100.000 100.000 - 150.000 > 150.000

Koagulopathie (≤ 7 Tage nach ROSC): Quick < 50 % oder INR > 2
 ja nein

Erfolgte Transfusionen (≤ 7 Tage nach ROSC)
 TK EK PPSB Fibrinogen nein

Pneumonie (> 48 h nach ROSC und ≤ 7 Tage nach ROSC)
 ja nein

Antibiotika (≤ 7 Tage nach ROSC)
 ja nein

Kühlungsbedingte Hautschäden
 ja nein

Outcome-Daten bei Entlassung aus Akutklinik

Koronarangiographie
 ja nein

24 Stunden Überleben
 ja nein

30 Tage Überleben
 ja nein

Lebend entlassen
 ja nein, Tod im KH

Entlassung/Todesdatum
TTMMJJJJ

PCPC bei Entlassung
 gute cerebr. Leistungsfähigkeit Koma, vegetativer Zustand
 mäßige cerebr. Behinderung Tod
 schwere cerebr. Behinderung

PCPC vor Kreislaufstillstand
 gute cerebr. Leistungsfähigkeit Koma, vegetativer Zustand
 mäßige cerebr. Behinderung
 schwere cerebr. Behinderung

Intensivtage

Sondenernährung bei Entlassung
 ja nein

Krampfleiden bei Entlassung
 ja nein

Spastik bei Entlassung
 ja nein

Entlassungsziel
 nach Hause REHA-Klinik andere Klinik

Erfassungsstatus

Langzeitverlauf an Hausarzt
Datum Handzeichen _____

Rücklauf von Hausarzt
Datum Handzeichen _____

Fall abgeschlossen
Datum Handzeichen _____

Erläuterungen zu den Feldern und Abkürzungsverzeichnis

ROSC: Return of spontaneous circulation =
Wiedereintritt eines Eigenkreislaufs >20 Sekunden.

Neurologische Beurteilung

Pediatric Cerebral Performance Categories

Normal, gute zerebrale Leistungsfähigkeit (PCPC 1+2)

Bei Bewusstsein, wach, orientiert. Altersentsprechende Interaktion möglich. Schulkinder in regulärer Schulklasse mit normalen oder unterdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten (mildes neurologisches Defizit).

Mäßige zerebrale Behinderung (PCPC3)

Wach. Ausreichende zerebrale Funktionen für altersgemäße Aktivitäten des täglichen Lebens. Lerndefizite vorhanden und/oder Besuch einer Förderklasse.

Schwere zerebrale Behinderung (PCPC4)

Im täglichen Leben hilfsbedürftig bzw. abhängig von anderen bei beeinträchtigter zerebraler Funktion.

Koma, vegetativer Zustand (PCPC5)

Bewusstlos, kein Kontakt zur Umwelt, keine Wahrnehmungsfähigkeit, keine verbalen oder psychologischen Interaktionen mit der Umgebung.

Tod (PCPC6)

Bestätigter Hirntod oder konventionelle Todesfeststellung.

Weitere Informationen sind zu erhalten bei:

GESELLSCHAFT FÜR NEONATOLOGIE UND PÄDIATRISCHE INTENSIVMEDIZIN (GNPI)

Ansprechpartner Reanimationsregister
E-Mail: paediatric@reanimationsregister.de

DEUTSCHES REANIMATIONSREGISTER

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Organisationskomitee Reanimationsregister
Roritzerstr. 27 · 90419 Nürnberg
Tel.: 0911/ 933780 · Fax: 0911/ 3938195
E-Mail: info@reanimationsregister.de

Allgemeine Informationen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

das Ihnen hier vorliegende Protokoll zur Reanimationsdatenerfassung dient der prospektiven und anonymisierten Analyse von Reanimationen im Sinne des Qualitätsmanagements und speist die Daten in das Deutsche Reanimationsregister ein.

Pädiatrisches Hypothermie- und Reanimationsregister

Die Ätiologie kindlicher Atem-Kreislaufstillstände ist deutlich inhomogener als bei Erwachsenen. Wegen der geringen Anzahl an Reanimationen im Kindesalter ist es schwierig, für diese Patientengruppe Empfehlungen auf einer validen Datenbasis aufzubauen. Insbesondere zur klinischen Weiterversorgung präklinisch reanimierter Kinder und zur therapeutischen Hypothermie liegen bisher wenige klare Vorgaben vor.

Um eine valide Datenbasis für pädiatrische Reanimationen in Deutschland zu schaffen, erfasst das vorliegende Protokoll abgestimmt mit der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) die klinische Weiterversorgung pädiatrischer Patienten nach Reanimation.

Anmeldung

Alle deutschen Kliniken mit pädiatrischer Intensivstation können eine Teilnahme am Deutschen Reanimationsregister beim Organisationskomitee beantragen. Mit den Zugangsdaten erhalten Sie Zugriff auf die Online-Datenbank. Diese enthält Auswerteooptionen zu Ihren Daten und beinhaltet weiterhin regionale und nationale Vergleiche.

Erfassung

Bitte füllen Sie das vorliegende Protokoll sorgfältig aus und erfassen anschließend die Daten online unter www.reanimationsregister.de
Vielen Dank für Ihre Mühe.

Für Rückfragen steht Ihnen der QM-Beauftragte Ihrer Klinik, der Ansprechpartner Reanimationsregister der GNPI oder das Organisationskomitee des Deutschen Reanimationsregisters gerne zur Verfügung.



German Resuscitation Registry
Deutsches Reanimationsregister

www.reanimationsregister.de