



**Klinikum Darmstadt GmbH**

**Fax-Bogen zur Thrombektomie beim akuten Schlaganfall**

**Klinikum Darmstadt GmbH**

(bitte stichwortartig ausfüllen, Arztbrief ggf. später zufaxen)

**Faxnummer: 06151/ 107 4917**

**Kontakt-Telefonnummer: 06151/107 942079** (Intensivdienst Neurologie)

**(Telefonische Anmeldung *zwingend* erforderlich)**

 Name/Tel. Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patientenaufkleber (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum notwendig!)

 Tel. Angehörige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Patientenverfügung? □ nein □ ja □ unbekannt

Diagnose:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Symptombeginn □ zuletzt asymptomatisch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

Klinisches Syndrom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lysebeginn und -dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Door-to-needle-Zeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ min

NIHSS bei Aufnahme:\_\_\_\_\_\_\_ Aktuelle Vigilanz: □ wach □ somnolent □ soporös □ komatös

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

**Gerinnungsrelevante Vormedikation:**  □ ASS □ Clopidogrel □ andere TFH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

NOAK: □ Dabigatran, □ Rivaroxaban, □ Apixaban, □ Edoxaban; letzte Einnahme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

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

**Bildgebender Befund : □ CCT □ CTA □ MRT □ MRA**

**Workflow - Dokumentation:**

Abholung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

Eintreffen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

Weitere Bildgebung □ ja □ nein

Eintreffen Angio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

Freigabe Anästhesie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

Leistenpunktion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

Rekanalisation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

Infarktdemarkation: □ nein □ ja: Gefäßterritorium: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gefäßverschluss: □ nein □ ja: Lokalisation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bilder online □ ja □ nein; Bilder als CD mitgegeben □ ja □ nein

**Labor bitte mitfaxen.**

**Sobald Patient abgeholt wird, bitte 06151/107942079 informieren!**