



Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
 Medizinische Fakultät
IMEBI
 06097 Halle (Saale)

Tel.: 0345 557-3579
 Fax: 0345 557-3565
 rhesa@medizin.uni-halle.de
 www.medicin.uni-halle.de/rhesa/

Einschlusskriterien
 Gesicherte Diagnose Myokardinfarkt
 (STEMI und NSTEMI)

A1

**EINWILLIGUNG
 LIEGT VOR**

1. Patientendaten

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum |__|_|. |__|_|. |__|_| | Mann Frau
Tag Monat Jahr
 Gewicht _____ kg Körpergröße _____ cm
 PLZ, Wohnort _____
 Telefonnummer _____
 Name des Hausarztes _____ Krankenversicherung _____
 Einsatznummer des Einsatzprotokolls _____

5. Ersttherapie (ggf. im NEF) (speziell zu PCI siehe 5a)

ASS Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor Heparin
 GP IIb/IIIa-Antagonisten
 Lyse ja |__|_|. |__|_|. |__|_| | n. b.
Tag Monat Jahr Std. Min.
 nein n. b.
 Falls ja, Substanz: _____ n. b.
 Bypass-OP ja nein n. b.
 Falls ja, elektiv oder Notfall-OP: |__|_|. |__|_|. |__|_| |
Tag Monat Jahr
 Warum weder Lyse noch PCI noch CABG: _____

2. Erstversorgung

Symptombeginn |__|_|. |__|_|. |__|_| | n. b.
Tag Monat Jahr Std. Min.
 Klinikankunft |__|_|. |__|_|. |__|_| | n. b.
Tag Monat Jahr Std. Min.
 Intrahospital ja nein n. b.
 Erstversorgung NEF RTW RTH/ITH KTW
 KV-Dienst selbst Hausarzt n. b.
 Erste Hilfe (Laien) ja nein n. b.
 Zuweisung ja nein n. b.
 Falls ja, aus welcher Klinik: _____

5a. speziell PCI

PCI ja nein
 Falls ja, Zugang transradial transfemorale
 Stent ja nein
 Falls ja, BMS DES
 Datum PCI: |__|_|. |__|_|. |__|_| |
Tag Monat Jahr
 Gefäßpunktion |__|_|. |__|_| | Erster Ballon |__|_|. |__|_| |
Std. Min. Std. Min.
 TIMI (vorher) _____ TIMI (nachher) _____
 IABP ja nein

3. Präexistierende Risikofaktoren und Nebendiagnosen

Raucher ja ehemals nein n. b.
 Diabetes mellitus ja neu nein n. b.
 Art. Hypertonie ja nein n. b.
 Hypercholesterinämie ja nein n. b.
 Z. n. Infarkt ja nein n. b.
 Z. n. PCI ja nein n. b.
 Z. n. Bypass-OP ja nein n. b.
 Z. n. Apoplex ja nein n. b.
 Vorhofflim./-flat. ja nein n. b.
 Herzinsuffizienz ja nein n. b.
 Niereninsuffizienz ja nein n. b.
 pAVK ja nein n. b.

6. Stationäre Komplikationen

keine
 Schock (neu) Intubation Reanimation
 Reinfarkt Schlaganfall Reintervention
 Schwere Blutung
 Sonstige: _____

4. Akutdiagnostik

Bei Aufnahme HF |__|_|_|/Min.
 RR |__|_|_|/|__|_|_| mmHg
 Kardiogener Schock vor/bei Aufnahme:
 ja nein n. b.
 Erst EKG STEMI NSTEMI neuer LSB
 Troponin I Troponin T Wert |_____| Grenzwert |_____|
 Typ 1 Typ 2 Typ3 Typ4a Typ4b Typ5 n. b.
 Erstbetreuende Station:
 ITS IMC/CPU
 Station mit Monitorüberwachung Normalstation

7. Verlegungs-/Entlassungsmedikation

ASS Betablocker ACE/ARB-Hemmer
 Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor
 Diuretikum Antikoagulantien Aldosteronantagonist
 Statine anderer Cholesterinsenker
 Insulin orale Antidiabetikum
 Sonstige: _____

8. Entlassung, Verlegung, Tod

Patient entlassen Datum: |__|_|. |__|_|. |__|_| |
Tag Monat Jahr
 Patient verlegt Datum: |__|_|. |__|_|. |__|_| | |__|_|. |__|_| |
Tag Monat Jahr Std. Min.
 Falls Patient verlegt, Verlegung nach:
 Bad Bevensen Magdeburg Perleberg Stendal
 Uelzen Wittstock Reha-Klinik
 Sonstige: _____
 Patient verstorben Datum: |__|_|. |__|_|. |__|_| | |__|_|. |__|_| |
Tag Monat Jahr Std. Min.

Bogen ausgefüllt am: |__|_|. |__|_|. |__|_| |
Tag Monat Jahr
 Name des ausfüllenden Arztes (in BLOCKBUCHSTABEN) _____
 Unterschrift des ausfüllenden Arztes _____