

Anleitung zum Ausfüllen des Studienfragebogens im PDF-Format

Herunterladen der PDF-Datei

- Die PDF-Version des Fragebogens ist auf der Formularplattform hinterlegt (<http://www.spleen-off.org>. Link: Formulare und Studienmaterialien).

Installation und Verwendung des Adobe Reader

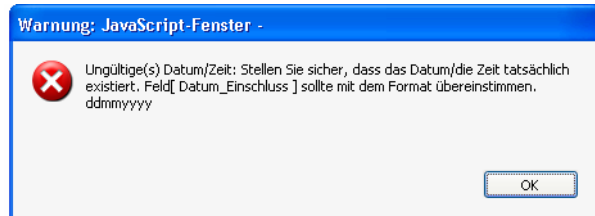
- Zum Ausfüllen der PDF Datei am **Computer benötigen Sie den Adobe Reader**, den Sie über den entsprechenden **Link auf der Formularplattform kostenlos heruntergeladen** können oder direkt über die Adobe Homepage beziehen können (<http://get.adobe.com/de/reader/otherversions/>).
- Bitte keinen anderen PDF-Viewer zum Ausfüllen benutzen!**

Ausfüllen der PDF Datei

- Es gibt separate Versionen des Fragebogens für Fälle und Kontrollen.** Bitte achten Sie darauf, die passende Version zu wählen, da die Fragebögen sich unterscheiden!

- Bitte laden Sie sich für jeden Fall ein neues Formular aus dem Internet herunter.**
- Beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens die Quickinfos, die erscheinen, wenn Sie den Cursor über der Antwortoption platzieren.

- Bei Datumsfeldern darf NICHT mit Tab-Stopp zwischen den Tag, Monat und Jahr-Feldern gesprungen werden,** sonst erhalten Sie diese Fehlermeldung.
- Stattdessen ohne Punktsetzung oder Tab-Stopp weiterschreiben (Format TTMMJJJJ).



- Bei Kommastellen mit der Taste Tab-Stopp zu Dezimalstelle hinter dem Komma springen.
- Bei Dezimalstellen, Patienten-ID, Zentrums-ID und Minutenfeldern bitte alle vorgegebenen Stellen ausfüllen**

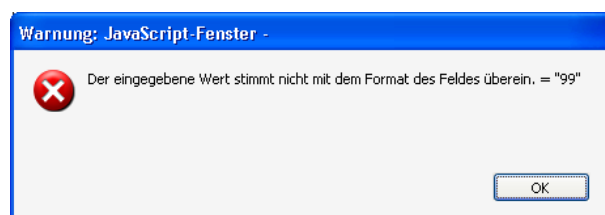
falsch:

Serum-Kreatinin	<input checked="" type="radio"/> mg/dl	1 6
	<input type="radio"/> µmol/l	

richtig:

Serum-Kreatinin	<input checked="" type="radio"/> mg/dl	1 6 0
	<input type="radio"/> µmol/l	

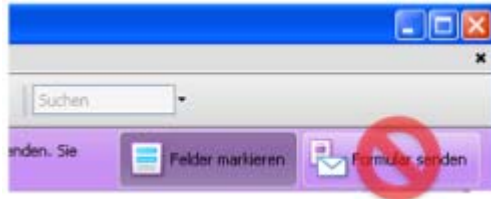
- Sonst erhalten Sie diese Fehlermeldung.**



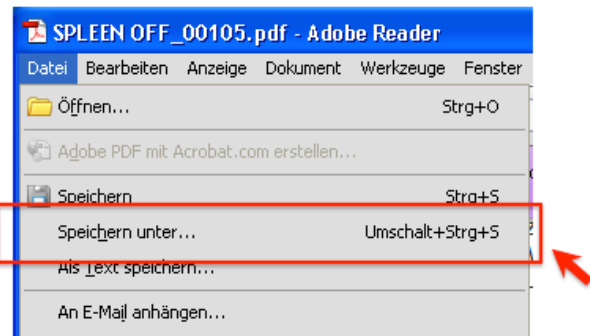
- Das Dokument kann in mehreren Sitzungen ausgefüllt werden. Denken Sie daran, das Dokument regelmäßig zwischenspeichern.

- Zum Abspeichern der Datei im Adobe Reader Menü „Datei“ „Speichern unter“ wählen.
- Wählen Sie NICHT „Formular versenden“ aus der lila Menüleiste.

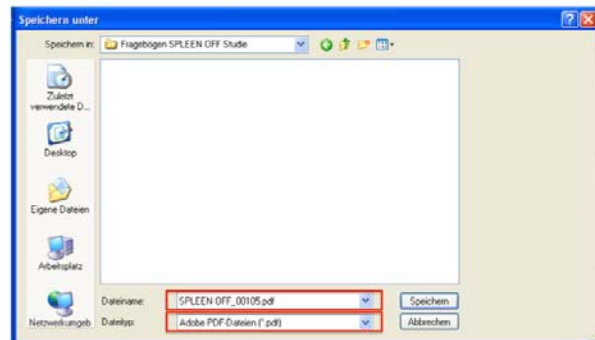
falsch:



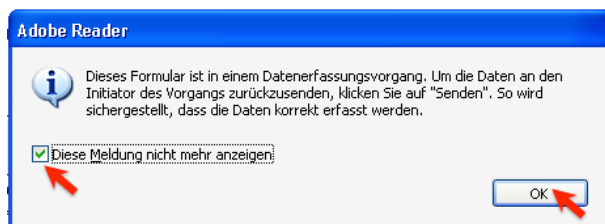
richtig:



- Als Dateiname folgendes Format wählen: **SPLEEN OFF_PatientenID** (z.B. „SPLEEN OFF_00101“).
- Dateityp: Adobe PDF-Dateien (*.pdf).
- Achten Sie beim Speichern darauf, dass bei nicht geändertem Dateinamen der Fragebogen eines früher dokumentierten Patienten überschrieben werden kann!



- Bei dem KORREKTEN Speichervorgang erhalten Sie *möglicherweise* diese Fehlermeldung. Bitte OK und „Diese Meldung nicht mehr anzeigen“ klicken.



Ändern von Einträgen

- Eckige Checkboxes können durch erneutes Anklicken deaktiviert werden.
- Bei runden Checkboxes kann die Auswahl durch anklicken geändert werden, es muss aber eine Antwortoption gewählt werden.
- Bei Frage 24 „Reset“ klicken, falls die Eingabe für die ungefähre Urinmenge gelöscht werden soll

<ul style="list-style-type: none"> Freitext und numerische Werte MÜSSEN vor dem ändern markiert werden, der unmarkierte Text ist NICHT änderbar. 	
<ul style="list-style-type: none"> Bitte keine weiteren Adobe Reader Funktionen (z.B. Kommentar, Überprüfungen, Unterschreiben) verwenden. Diese können beim automatischen Auslesen nicht berücksichtigt werden. 	

Archivierung des PDF Studienfragebogens

- Es sollte immer eine **Sicherungskopie abgespeichert werden (s. o.)**.
- Als Speicherort vorzugsweise den Zentralserver des Zentrums wählen, falls dies nicht möglich sein sollte, speichern Sie auf der lokalen Festplatte.
- Darüber hinaus muss der komplett ausgefüllte Fragebogen ausgedruckt und als Papierversion im Studienordner (Abschnitt – Studienfragebogen) archiviert werden.**

Übermittlung des Fragebogens

- Nachdem der Fragebogen im Studienzentrum archiviert wurde, kann er als **Emailanhang** an die SPLEEN OFF Studienzentrale **geschickt werden**.

Emailadresse: spleen-off@uniklinik-freiburg.de

<ul style="list-style-type: none"> Bitte verwenden Sie NICHT die Adobe Funktion „Formular versenden“ (lila Symbolleiste), sondern versenden Sie die Datei als regulären Emailanhang. 	<p>falsch:</p>
---	-----------------------

- Aus Gründen des Datenschutzes dürfen in der Email KEINE Angaben zur Patientenidentität erscheinen.** Um Rückfragen zu erleichtern, in der Email bitte Name des Studienzentrums, des verantwortlichen Studienarztes und eine telefonische Rückrufnummer angeben.
- Die letzte Seite des Fragebogens wird ausgedruckt und unterschrieben an die angegebene Faxnummer versendet. Die Unterschrift auf der *vorletzten* Seite (S. 26) entfällt bei der elektronischen Dokumentation.
- Nach Erhalt des Fax und der Email erhalten Sie eine Eingangsbestätigung an die Emailadresse des Absenders.



Fragebogen SPLEEN OFF

Fall

Prospektive, multizentrische Beobachtungs-Studie zu Epidemiologie
und Ursachen der Sepsis nach Milzentfernung

Studien-Nr.: DRKS00000417

FINAL, 25.08.2011

**Studienspezifische
Identifikationsnummer**

Zentrum				Patient	

_ _	_ _
Zentrum	Patient

0	0	2
CRF - Seite		

EINSCHLUSS

1 Studieneinschluss

1.1 Datum des Studieneinschlusses

_ _	_ _	_ _	_ _
Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit

_	_	_	_
hh	mm		

2 Einschlusskriterien



Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie sind im Handbuch unter Abschnitt **3.3 Einschluss von Studienpatienten** hinterlegt.

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| <p>2.1 Schwere Sepsis oder septischer Schock bei Aufnahme in dem erstversorgenden Krankenhaus</p> <p>Mind. 2 SIRS-Kriterien erfüllt
PLUS gesicherte Infektion oder V.a. Infektion
PLUS Hypoperfusion und/oder Organdysfunktion
und / oder Therapie-refraktäre Hypotension.</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>2.2 Sepsis ≤ 48 Stunden vor Aufnahme in das erstversorgende Krankenhaus erworben</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>2.3 Z. n. Splenektomie / angeborene Asplenie</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>2.4 Alter ≥ 18 Jahre</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3 Ausschlusskriterien

Bei nicht einwilligungsfähigen (bewusstlosen) Patienten ist zunächst von dem mutmaßlichen Patientenwillen auszugehen.

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| <p>3.1 Fehlende Einwilligung für die Studie</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

_ _	_ _
Zentrum	Patient

0	0	3
CRF - Seite		

BASISDOKUMENTATION

4 Krankenhausaufnahme

4.1 Verlegung aus externem (=erstversorgendem) Krankenhaus in das studien-durchführende Krankenhaus

- Ja Nein Unbekannt

↪ Zeitpunkt der Aufnahme im *erstversorgenden* Krankenhaus

_ _	_ _	_ _		_	_		
Tag	Monat	Jahr		hh	mm		<input type="radio"/> Uhrzeit unbekannt

4.2 Aufnahme im studierendurchführenden Krankenhaus

Name und Ort des studierendurchführenden Krankenhauses

Zeitpunkt der Aufnahme im studierendurchführenden Krankenhaus

_ _	_ _	_ _		_	_		
Tag	Monat	Jahr		hh	mm		<input type="radio"/> Uhrzeit unbekannt

Zeitpunkt der Aufnahme auf der **Intensivstation** des studierendurchführenden Krankenhauses

_ _	_ _	_ _		_	_		
Tag	Monat	Jahr		hh	mm		<input type="radio"/> Uhrzeit unbekannt

5 Demographie

Geschlecht Männlich Weiblich

Alter |_|_| Jahre

Körpergröße |_|_| cm Unbekannt

Körpergewicht |_|_| kg Unbekannt

6 Symptome innerhalb der letzten 48 Stunden vor Aufnahme in dem *erstversorgenden* Krankenhaus

- | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Fieber | <input type="radio"/> Schüttelfrost |
| <input type="radio"/> Bewusstseinsstörungen | <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Unbekannt |
| <input type="radio"/> Andere Symptome | | |

7 Antibiotikatherapie

Antibiotikatherapie 72 Stunden vor Aufnahme im *erstversorgenden* Krankenhaus Ja Nein Unbekannt

8 Hospitalisation

Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 30 Tage vor jetziger Krankheitsperiode Ja Nein Unbekannt

Zentrum	Patient

0	0	4
CRF - Seite		

BASISDOKUMENTATION

9 Grunderkrankung - allgemein

9.1 Z. n. Myokardinfarkt bzw. koronarer Herzerkrankung Nein Unbekannt

9.2 Chronische Herzinsuffizienz Nein Unbekannt
 NYHA I-III
 NYHA IV

9.3 Chronische Lebererkrankung Nein Unbekannt
 Leicht
 Mittel
 Schwer / Leberinsuffizienz
 Durch eine Biopsie belegte Zirrhose und nachgewiesene portale Hypertonie oder gastrointestinale Blutungen, hervorgerufen durch portale Hypertonie oder frühere Vorfälle von Leberversagen, Encephalopathie, Koma.

9.4 Chronische Lungenerkrankung
 Chronische Bronchitis / COPD Nein Unbekannt
 Schwere Lungenerkrankung Nein Unbekannt
 Chronisch restriktive oder obstruktive oder vaskuläre Lungenerkrankung, die zu schwerwiegenden Einschränkungen führt (Unmöglichkeit Treppen zu steigen, Haushalt zu verrichten) ODER nachgewiesene chronische Hypoxie, Hyperkapnie, sekundäre Polyzythämie, schwere pulmonale Hypertonie (> 40 mmHg) ODER Notwendigkeit von Beatmung.

9.5 Chronische Nierenerkrankung Nein Unbekannt
 Stadium 1 - 2
 GRF 60 - ≥ 90 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche
 Stadium 3 - 4
 GRF 15 - 59 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche
 Stadium 5
 Terminale Niereninsuffizienz / dialysepflichtiges Nierenversagen / chronische Urämie / GRF < 15 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche

9.6 Chronische Ulcuskrankheit Nein Unbekannt
 Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni

9.7 Systemerkrankungen des Bindegewebe Nein Unbekannt
 Rheumatoide Arthritis, Vaskulitis, Kollagenosen

9.8 Z.n. allogener Stammzelltransplantation Nein Unbekannt

9.9 Z.n. Organtransplantation Nein Unbekannt

BASISDOKUMENTATION

9 Grunderkrankung - allgemein (Fortsetzung)

- 9.10 HIV Nein Unbekannt
 AIDS-definierenden Erkrankungen ODER
 T-Helferzellzahl ≤ 200/μl
 T-Helferzellzahl > 200/μl und
 KEINE AIDS-definierenden Erkrankungen
-
- 9.11 Schlaganfall / zerebrovaskuläre Insuffizienz Nein Unbekannt
 Ohne Hemiplegie
 Mit Hemiplegie
-
- 9.12 Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) Nein Unbekannt
-
- 9.13 Periphere Venenerkrankungen Nein Unbekannt
 Chronisch-venöse Insuffizienz, post-thrombotischen Syndrom,
 Thrombose tiefer Gefäße der oberen oder untere Extremität
-
- 9.14 Diabetes mellitus Nein Unbekannt
 Ohne Endorganschaden
 Mit Endorganschaden
 Diabetische Nierenkomplikationen, Augenkomplikationen, peripher-vas-
 kuläre Komplikationen, neurologischen Komplikationen / Neuropathie
-
- 9.15 Demenz Nein Unbekannt

10 Aktuelle oder frühere Neoplasie?

- Ja Nein Unbekannt
- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| | In Remission | Nicht in Remission | Remissionstand
unbekannt |
| <input type="radio"/> Lymphom ⇒ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Leukämie ⇒ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Andere hämatologische
Neoplasie ⇒ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Nicht metastasiert | Metastasiert | Unbekannt |
| <input type="radio"/> Maligner, solider Tumor ⇒ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

11 Operativer Status

- Postoperativer Patient Ja Nein
- Wahleingriff
 Notfalleingriff

Zentrum	Patient

0	0	6
CRF - Seite		

BASISDOKUMENTATION

12 Anamnese schwerer Infektionen und Sepsis

12.1 Sind bei dem Studienpatienten in dem Intervall seit Splenektomie Infektionen mit Krankenhausaufnahme dokumentiert (exklusive aktuelle Krankenhausaufnahme)?

- Ja
 Nein
 Unbekannt

↪ Anzahl der Krankenhausaufnahmen wegen Infektion

12.2 Ist bei dem Studienpatienten in dem Intervall seit Splenektomie eine schwere Sepsis oder ein septischer Schock dokumentiert (exklusive aktuelle Sepsis)?

- Ja
 Nein
 Unbekannt

↪ Anzahl der Episoden mit schwerer Sepsis oder septischem Schock

13 Medikamentöse Immunsuppression und Chemotherapie

Wurde bei dem Patient eine medikamentöse Immunsuppression bzw. Chemotherapie innerhalb der 3 Monate vor jetziger Krankenhausaufnahme durchgeführt?

	Ja	Nein	Unbekannt
13.1 Corticosteroid ≥ 20 mg Prednisolon oder Dosisäquivalent für ≥ 4 Wochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>			
13.2 Calcineurininhibitoren z.B. Cyclosporin/Sandimmun®, Tacrolimus/Prograf®, Sirolimus/Rapamune®, Everolimus/Afinitor®, Certican®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>			
13.3 Antikörpertherapien z.B. Adalimumab/Humira®, Abatacept/Orencia®, Anakinra/Kineret®, Etanercept/Enbrel®, Golimumab/Simponi®, Infliximab/Remicade®, Rituximab/MabThera®, Tocilizumab/RoActemra®, Alemtuzumab/MabCampath®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>			
13.4 Andere Immunsuppressiva z.B. Azathioprin/div. Hersteller, Mycophenolat/CellCept®/Myfortic®, Methotrexat/diverse Hersteller, Cyclophosphamid/Endoxan®, Thalidomide/Thalidomide®, Leflunomid/Arava®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>			
13.5 Antineoplastische Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14 Bestrahlung

	Ja	Nein	Unbekannt
Hat der Patient in der Vorgeschichte eine Strahlentherapie erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zentrum	Patient

0	0	7
CRF - Seite		

BASISDOKUMENTATION

15 Lebensgewohnheiten



Die Definition für einen Standarddrink ist im Handbuch unter Abschnitt **+"1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen"** hinterlegt.

15.1 Rauchen

- Raucher
(Rauchte bis ≤ 12 Monate vor Studienbeginn)
- Ehemaliger Raucher
(Rauchte bis > 12 Monate vor Studienbeginn)
- Nichtraucher
- Unbekannt

15.2 Alkoholkonsum

- Wöchentlich > 16 Drinks (Frauen) bzw. > 20 Drinks (Männer)
- Wöchentlich ≤ 16 Drinks (Frauen) bzw. ≤ 20 Drinks (Männer)
ODER kein Alkoholkonsum
- Unbekannt

16 Asplenie

16.1 Grund für Asplenie

- Splenektomie
- Angeborene Asplenie



16.2 Indikation Splenektomie (Mehrfachauswahl möglich)

- Milztrauma / Milzruptur
- Maligner, solider Tumor
- Gutartige abdominelle Neubildung
- Autohämolytische Anämie (AHIA)
- Idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP)
- Sichelzellanämie
- Andere Indikation, welche?
.....
.....
- Unbekannt

16.3 Datum der Splenektomie

Tag	Monat	Jahr					

Falls das genaue Datum der Splenektomie unbekannt ist geben Sie bitte einen Zeitraum an, wie lange die Operation zurückliegt:

- ≤ 3 Monate
- > 3 - 12 Monate
- > 1 Jahr
- Intervall unbekannt

BASISDOKUMENTATION

17 Impfstatus

Zur Dokumentation des Impfstatus - soweit möglich - den Impfpass vorlegen lassen!

17.1 Pneumokokken

	≤ 5 Jahre zurückliegend	> 5 Jahre zurückliegend	Nicht geimpft	Unbekannt
PPV-23 Pneumovax®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCV-7 oder PCV-13 Prevenar®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17.2 Meningokokken

	≤ 5 Jahre zurückliegend	> 5 Jahre zurückliegend	Nicht geimpft	Unbekannt
MPV-ACWY Mencevax®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MCV-C Menigitec®, NeisVac-C®, Menjugate®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MCV-ACWY Menveo®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17.3 Haemophilus influenzae

- HiB-CV geimpft
ACT-HiB®, multivalente
Impfstoffe andere Hersteller
 Nicht geimpft
 Unbekannt

17.4 Grippe

- Grippeimpfung
vor letzter Grippesaison
diverse Hersteller
 Keine Grippeimpfung
vor letzter Grippesaison
 Unbekannt

18 Antibiotikaprophylaxe

Wurde innerhalb der letzten 3 Monate eine Antibiotikaprophylaxe durchgeführt?

- Ja
 Nein
 Unbekannt

-
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Aminopenicillin
Amoxicillin, Amoxicillin/Clavulansäure,
Sultamicillin | <input type="radio"/> Orales Cephalosporin
Cefuroxim-Axetil, Cefpodoxim-Proxetil, Cefaclor,
Cefadroxil, Cefalexin, Loracarbef, Cefixim, Ceftributen |
| <input type="radio"/> Chinolon
Ciprofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin | <input type="radio"/> Oralpenicillin oder
Benzyl-Penicillin Benzathin
Azidocillin, Penicillin V, Propicillin |
| <input type="radio"/> Makrolid
Erythromycin, Clarithromycin,
Azithromycin, Roxithromycin | <input type="radio"/> Antibiotikum unbekannt |

Zentrum	Patient

0	0	9
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 0



In der Dokumentation Tag 0 werden Patientenparameter der ersten 24 Stunden auf der **erstbehandelnden Intensivstation** erfasst. Sollte der Patient von einer externen Intensivstation in das Studienzentrum verlegt worden sein, so liegt das Datum für die Dokumentation Tag 0 **vor** dem Studieneinschluss!

19 Datum Tag 0

Tag	Monat	Jahr	Jahr	Monat	Tag	Tag



Falls nur Einzelwert vorhanden bitte in der ersten Spalte eintragen (minimaler Wert) und entsprechendes Feld markieren.

20 Blutbild

	Einheit	Minimaler Wert	Maximaler Wert	Nur Einzelwert vorhanden	Unbekannt								
Leukozyten	G/l = 10 ³ /μl	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombozyten	G/l = 10 ³ /μl	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hämatokrit	%	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

21 Klinische Chemie

	Einheit	Minimaler Wert	Maximaler Wert	Nur Einzelwert vorhanden	Unbekannt								
Serum-Natrium	mmol/l	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Serum-Kalium	mmol/l	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Serum-Kreatinin	<input type="radio"/> mg/dl	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> μmol/l													
Bilirubin max.	<input type="radio"/> mg/dl		<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<input type="radio"/>					
<input type="radio"/> μmol/l													
CRP max.	<input type="radio"/> mg/dl		<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<input type="radio"/>					
<input type="radio"/> mg/l													
Procalcitonin max.	ng/ml		<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<input type="radio"/>					
Laktat max.	<input type="radio"/> mg/dl		<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<input type="radio"/>					
<input type="radio"/> mmol/l													

_ _ _ _	_ _ _ _
Zentrum	Patient

0	1	0
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 0

22 Blutgasanalyse / Säure- / Basenhaushalt



Falls nur Einzelwert vorhanden bitte in der ersten Spalte eintragen (minimaler Wert) und entsprechendes Feld markieren.

Für paO_2 und FiO_2 gepaarte Werte angeben, die dem niedrigsten Oxygenierungsindex (PaO_2/FiO_2 -Ratio) dieses Tages entsprechen. Zur Konversion des Sauerstofffluss zu geschätztem FiO_2 und der pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung zu paO_2 siehe Handbuch **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen.**

Arterielle BGA

	Einheit	Minimaler Wert	Maximaler Wert	Nur Einzelwert vorhanden	Unbekannt
paO ₂	<input type="radio"/> kPa	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> mmHg	_ _ _ _	_ _ _ _		
pH		_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Basenüberschuss (BE) min.	mmol/l	_ _ _ _			<input type="radio"/>
FiO ₂ max.			_ _ _ _		<input type="radio"/>

23 Blutkulturen

Bitte tragen Sie die Anzahl der Blutkulturpärchen ein, die unabhängig (d.h. an unterschiedlichen Punktionsorten oder zu unterschiedlichen Punktionszeitpunkten) abgenommen wurden.

Wieviele Blutkulturen wurden an Tag 0 abgenommen? Bitte ggf. 0 eintragen.

24 Klinische Parameter



Falls nur Einzelwert vorhanden bitte in der ersten Spalte eintragen (minimaler Wert) und entsprechendes Feld markieren.

	Einheit	Minimaler Wert	Maximaler Wert	Nur Einzelwert vorhanden	Unbekannt
Mittlerer art. Blutdruck	mmHg	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls kein invasiv gemessener MAD vorliegt, bitte mit Manschette gemessene Wertepaare angeben:



	Einheit	Systole	Diastole	Unbekannt
Minimaler RR	mmHg	_ _ _ _	/ _ _ _ _	<input type="radio"/>
Maximaler RR	mmHg	_ _ _ _	/ _ _ _ _	<input type="radio"/>

Zentrum	Patient

0	1	1
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 0

24 Klinische Parameter (Fortsetzung)

	Einheit	Minimaler Wert	Maximaler Wert	Nur Einzelwert vorhanden	Unbekannt																								
Herzfrequenz	pro min	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																								
Atemfrequenz	pro min	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																								
Körpertemperatur	°C	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																								
<p>↳ Messart <input type="radio"/> Rektal <input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> Trommelfell <input type="radio"/> Blasenkatheter <input type="radio"/> Intravasal <input type="radio"/> Andere</p>																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 10%;">Einheit</th> <th style="width: 20%;">Wert</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Unbekannt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24 h Urinausscheidung</td> <td>ml/24 h</td> <td><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <p>Falls genaue Urinmenge unbekannt <input type="radio"/> > 500 ml/d <input type="radio"/> 200 - 500 ml/d <input type="radio"/> < 200 ml/d</p> </td> </tr> <tr> <td>Akute Niereninsuffizienz</td> <td></td> <td><input type="radio"/> Ja</td> <td><input type="radio"/> Nein</td> <td><input type="radio"/> Unbekannt</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Einheit	Wert			Unbekannt	24 h Urinausscheidung	ml/24 h	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input type="radio"/>	<p>Falls genaue Urinmenge unbekannt <input type="radio"/> > 500 ml/d <input type="radio"/> 200 - 500 ml/d <input type="radio"/> < 200 ml/d</p>						Akute Niereninsuffizienz		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Unbekannt	
	Einheit	Wert			Unbekannt																								
24 h Urinausscheidung	ml/24 h	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input type="radio"/>																								
<p>Falls genaue Urinmenge unbekannt <input type="radio"/> > 500 ml/d <input type="radio"/> 200 - 500 ml/d <input type="radio"/> < 200 ml/d</p>																													
Akute Niereninsuffizienz		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Unbekannt																									

25 Beatmung

Wird der Patient maschinell beatmet? einschließlich nicht-invasiver Beatmung Ja Nein Unbekannt

26 Glasgow-Coma-Scale (GCS)

Die Definitionen der GCS sind im Handbuch unter Abschnitt **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen** aufgeführt.

Wert Nicht durchgeführt

Bei sedierten Patienten ist die GCS entsprechend des Befundes vor Beginn der Sedierung zu schätzen.

GCS geschätzt (Bei sedierten Patienten.) Ja Nein

27 Katecholamine / Inotropika

Für die Umrechnung von Perfusorgeschwindigkeit in Katecholamindosis siehe auch Umrechnungstabellen im Handbuch Abschnitt **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen**.

Hat der Patient Katecholamine bekommen?
 Ja Nein Unbekannt

↳ Einheit µg/kg/min µg/min mg/h

		Höchste Dosis	Dosis unbekannt
<input type="radio"/> Adrenalin/Epinephrin	⇒	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Noradrenalin/Norepinephrin	⇒	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dopamin	⇒	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dobutamin	⇒	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Andere			

Zentrum	Patient

0	1	2
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 0

28 Antibiotikatherapie an Tag 0

Wurde eine Antibiotikatherapie durchgeführt? Ja Nein Unbekannt

Falls ja bitte spezifizieren Sie:

Lfd. Nr.	Therapie (Schlüssel s.u.)	Applikationsart iv = intravenös po = oral				
01	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>		
02	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>		
03	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>		
04	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>		
05	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>		
06	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>		

Schlüssel	Gruppe	
01	Aminoglykoside	Amikacin, Gentamicin, Netilmicin, Spectinomycin, Streptomycin, Tobramycin
02	Breitspektrum-penicilline	Azlocillin, Mezlocillin, Piperacillin, Piperacillin + Tazobactam
03	Carbapeneme	Meropenem, Ertapenem, Imipenem + Cilastatin
04	1. Gen-Cephalosporine	Cefaclor, Cefadroxil, Cefalexin, Cefazolin, Loracarbef
05	2. Gen-Cephalosporine	Cefotiam, Cefoxitin, Cefuroxim
06	3. Gen-Cephalosporine	Ceftriaxon, Cefotaxim, Ceftibuten, Ceftazidim, Cefepim, Cefixim, Cefpodoxim
07	Aminopenicilline/ Betalaktamaseinhibitor	Amoxicillin + Clavulansäure, Ampicillin + Sulbactam, Sulbactam, Sultamicillin
08	Schmalspektrum-penicilline	Amoxicillin, Ampicillin, Azidocillin, Benzathin-Penicillin V, Dicloxacillin, Flucloxacillin, Oxacillin, Penicillin G, Penicillin G-Kombination, Penicillin V, Penicillin V-Kombination, Propicillin
09	Fluorchinolone	Ciprofloxacin, Gatifloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Norfloxacin, Ofloxacin
10	Glykopeptide	Teicoplanin, Vancomycin, Daptomycin
11	Folatantagonisten	Atovaquon, Cotrimoxazol, Pyrimethamin, Sulfadiazin, Sulfadiazin, Sulfalene, Trimethoprim
12	Makrolide + Clindamycin	Azithromycin, Clarithromycin, Clindamycin, Erythromycin, Lincomycin, Roxithromycin, Spiramycin, Telithromycin
13	Tetrazykline	Doxycyclin, Minocyclin, Tetracyclin
14	Aminoglykoside	Amikacin, Gentamicin, Netilmicin, Spectinomycin, Streptomycin, Tobramycin
15	Glycylcycline	Tigecyclin
16	Sonstige	Aztreonam, Colistin, Fosfomycin, Fusidinsäure, Josamycin, Linezolid, Metronidazol, Nitrofurantoin, Nitrofurantoin-Pyridoxin, Nitroxoline, Paromomycin, Pipemidsäure, Quinupristin + Dalfopristin, Trimethoprim

Zentrum	Patient

0	1	3
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 1



Die Visite an Tag 1 wird an dem nächsten Kalendertag nach Aufnahme auf der **erst-behandelnden Intensivstation** unabhängig von dem Zeitpunkt des Studieneinschlusses durchgeführt.

29 Datum Tag 1

Tag	Monat	Jahr			

30 Ist der Patient verstorben? Ja Nein

Bitte dokumentieren Sie weiter auf Seite 20 Abschlussdokumentation.

31 Laboruntersuchungen

31.1 Blutbild



Falls nur Einzelwert vorhanden bitte in der ersten Spalte eintragen (minimaler Wert) und entsprechendes Feld markieren.

	Einheit	Minimaler Wert	Maximaler Wert	Nur Einzelwert vorhanden	Unbekannt								
Leukozyten	G/l = 10 ³ /µl	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombozyten min.	G/l = 10 ³ /µl	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							<input type="radio"/>				

31.2 Klinische Chemie

	Einheit	Wert	Unbekannt					
Serum-Kreatinin max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> µmol/l	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						<input type="radio"/>
Bilirubin max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> µmol/l	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>	
CRP max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mg/l	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>	
Procalcitonin max.	ng/ml	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>	

31.3 Blutgasanalyse / Säure- / Basenhaushalt



Für paO₂ und FiO₂ gepaarte Werte angeben, die dem niedrigsten Oxygenierungsindex (PaO₂/FiO₂-Ratio) dieses Tages entsprechen. Für Konversionstabellen bei Sauerstofftherapie zu geschätztem FiO₂ und der pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung zu pAO₂ siehe Handbuch **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen**.

	Einheit	Wert	Unbekannt				
paO ₂ min.	<input type="radio"/> kPa <input type="radio"/> mmHg	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				<input type="radio"/>	
Laktat max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/l	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>
FiO ₂ max.		<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				<input type="radio"/>	

32 Blutkulturen

Bitte tragen Sie die Anzahl der Blutkulturpärchen ein, die unabhängig (d.h. an unterschiedlichen Punktionsorten) abgenommen wurden.

Wieviele Blutkulturen wurden an Tag 1 abgenommen?

 Bitte ggf. 0 eintragen.

Zentrum	Patient

0	1	4
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 1

33 Klinische Parameter

	Einheit	Minimaler Wert	Unbekannt
Mittlerer art. Blutdruck min.	mmHg	_ _ _ _	<input type="radio"/>

Falls kein invasiv gemessener MAD vorliegt, bitte mit Manschette gemessene Wertepaare angeben:

	Einheit	Systole	Diastole	Unbekannt
↙ Minimaler RR	mmHg	_ _ _ _ /	_ _ _ _	<input type="radio"/>

	Einheit	Wert	Unbekannt
24 h Urinausscheidung	ml/24 h	_ _ _ _	<input type="radio"/>

Falls genaue Urinmenge unbekannt > 500 ml/d 200 - 500 ml/d < 200 ml/d

34 Beatmung

Wird der Patient maschinell beatmet? einschließlich nicht-invasiver Beatmung Ja Nein Unbekannt

35 Glasgow-Coma-Scale (GCS)

☞ Die Definitionen der GCS sind im Handbuch unter Abschnitt **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen** aufgeführt.

Wert |_|_|_|_| Nicht durchgeführt

Bei sedierten Patienten ist die GCS entsprechend des Befundes vor Beginn der Sedierung zu schätzen.

GCS geschätzt (Bei sedierten Patienten.) Ja Nein

36 Katecholamine / Inotropika

☞ Für die Umrechnung von Perfusorgeschwindigkeit in Katecholamindosis siehe auch Umrechnungstabellen im Handbuch Abschnitt **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen**.

Hat der Patient Katecholamine bekommen?

Ja Nein Unbekannt

↙ Einheit µg/kg/min µg/min mg/h

	Höchste Dosis	Dosis unbekannt
<input type="radio"/> Adrenalin/Epinephrin ⇒	_ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Noradrenalin/Norepinephrin ⇒	_ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dopamin ⇒	_ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dobutamin ⇒	_ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Andere		

Zentrum	Patient

0	1	5
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 1

37 Antibiotikatherapie an Tag 1

Wurde eine Antibiotikatherapie durchgeführt? Ja Nein Unbekannt

Falls ja bitte spezifizieren Sie:

Lfd. Nr.	Therapie (Schlüssel s.u.)	Applikationsart iv = intravenös po = oral
01	_ _ _	_ _ _
02	_ _ _	_ _ _
03	_ _ _	_ _ _
04	_ _ _	_ _ _
05	_ _ _	_ _ _
06	_ _ _	_ _ _

Schlüssel	Gruppe	
01	Aminoglykoside	Amikacin, Gentamicin, Netilmicin, Spectinomycin, Streptomycin, Tobramycin
02	Breitspektrum-penicilline	Azlocillin, Mezlocillin, Piperacillin, Piperacillin + Tazobactam
03	Carbapeneme	Meropenem, Ertapenem, Imipenem + Cilastatin
04	1. Gen-Cephalosporine	Cefaclor, Cefadroxil, Cefalexin, Cefazolin, Loracarbef
05	2. Gen-Cephalosporine	Cefotiam, Cefoxitin, Cefuroxim
06	3. Gen-Cephalosporine	Ceftriaxon, Cefotaxim, Ceftibuten, Ceftazidim, Cefepim, Cefixim, Cefpodoxim
07	Aminopenicilline/Betalaktamaseinhibitor	Amoxicillin + Clavulansäure, Ampicillin + Sulbactam, Sulbactam, Sultamicillin
08	Schmalspektrum-penicilline	Amoxicillin, Ampicillin, Azidocillin, Benzathin-Penicillin V, Dicloxacillin, Flucloxacillin, Oxacillin, Penicillin G, Penicillin G-Kombination, Penicillin V, Penicillin V-Kombination, Propicillin
09	Fluorchinolone	Ciprofloxacin, Gatifloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Norfloxacin, Ofloxacin
10	Glykopeptide	Teicoplanin, Vancomycin, Daptomycin
11	Folatantagonisten	Atovaquon, Cotrimoxazol, Pyrimethamin, Sulfadiazin, Sulfadiazin, Sulfalene, Trimethoprim
12	Makrolide + Clindamycin	Azithromycin, Clarithromycin, Clindamycin, Erythromycin, Lincomycin, Roxithromycin, Spiramycin, Telithromycin
13	Tetrazykline	Doxycyclin, Minocyclin, Tetracyclin
14	Aminoglykoside	Amikacin, Gentamicin, Netilmicin, Spectinomycin, Streptomycin, Tobramycin
15	Glycylcycline	Tigecyclin
16	Sonstige	Aztreonam, Colistin, Fosfomycin, Fusidinsäure, Josamycin, Linezolid, Metronidazol, Nitrofurantoin, Nitrofurantoin-Pyridoxin, Nitroxoline, Paromomycin, Pipemidsäure, Quinupristin + Dalfopristin, Trimethoprim

Zentrum	Patient

0	1	6
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 3

38 Datum Tag 3

Tag	Monat	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr

39 Ist der Patient verstorben? Ja Nein

Bitte dokumentieren Sie weiter auf Seite 20 Abschlussdokumentation.

40 Laboruntersuchungen

40.1 Blutbild

Falls nur Einzelwert vorhanden bitte in der ersten Spalte eintragen (minimaler Wert) und entsprechendes Feld markieren.

	Einheit	Minimaler Wert	Maximaler Wert	Nur Einzelwert vorhanden	Unbekannt								
Leukozyten	G/l = 10 ³ /µl	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombozyten min.	G/l = 10 ³ /µl	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							<input type="radio"/>				

40.2 Klinische Chemie

	Einheit	Wert	Unbekannt				
Serum-Kreatinin max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> µmol/l	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>
Bilirubin max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> µmol/l	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>
CRP max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mg/l	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>
Procalcitonin max.	ng/ml	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>

40.3 Blutgasanalyse / Säure- / Basenhaushalt

Für paO₂ und FiO₂ gepaarte Werte angeben, die dem niedrigsten Oxygenierungsindex (PaO₂/FiO₂-Ratio) dieses Tages entsprechen. Für Konversionstabellen bei Sauerstofftherapie zu geschätztem FiO₂ und der pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung zu pAO₂ siehe Handbuch **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen**.

	Einheit	Wert	Unbekannt				
paO ₂ min.	<input type="radio"/> kPa <input type="radio"/> mmHg	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>
Laktat max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/l	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>
FiO ₂ max.		<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>

Zentrum	Patient

0	1	7
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 3

41 Klinische Parameter

	Einheit	Minimaler Wert	Unbekannt
Mittlerer art. Blutdruck min.	mmHg	_ _ _ _	<input type="radio"/>

Falls kein invasiv gemessener MAD vorliegt, bitte mit Manschette gemessene Wertepaare angeben:

↙		Einheit	Systole	Diastole	Unbekannt	
	Minimaler RR	mmHg	_ _ _ _	/	_ _ _ _	<input type="radio"/>

	Einheit	Wert	Unbekannt
24 h Urinausscheidung	ml/24 h	_ _ _ _	<input type="radio"/>

Falls genaue Urinmenge unbekannt > 500 ml/d 200 - 500 ml/d < 200 ml/d

42 Beatmung

Wird der Patient maschinell beatmet? einschließlich nicht-invasiver Beatmung Ja Nein Unbekannt

43 Glasgow-Coma-Scale (GCS)



Die Definitionen der GCS sind im Handbuch unter Abschnitt **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen** aufgeführt.

Wert |_|_|_|_| Nicht durchgeführt

Bei sedierten Patienten ist die GCS entsprechend des Befundes vor Beginn der Sedierung zu schätzen.

GCS geschätzt (Bei sedierten Patienten.) Ja Nein

44 Katecholamine / Inotropika



Für die Umrechnung von Perfusorgeschwindigkeit in Katecholamindosis siehe auch Umrechnungstabellen im Handbuch Abschnitt **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen**.

Hat der Patient Katecholamine bekommen?

Ja Nein Unbekannt

↙ Einheit µg/kg/min µg/min mg/h

	Höchste Dosis	Dosis unbekannt
<input type="radio"/> Adrenalin/Epinephrin	⇒ _ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Noradrenalin/Norepinephrin	⇒ _ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dopamin	⇒ _ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dobutamin	⇒ _ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Andere		

Zentrum	Patient

0	1	8
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 7

45 Datum Tag 7

Tag			Monat			Jahr			

46 Ist der Patient verstorben? Ja Nein

Bitte dokumentieren Sie weiter auf Seite 20 Abschlussdokumentation.

47 Laboruntersuchungen

47.1 Blutbild

Falls nur Einzelwert vorhanden bitte in der ersten Spalte eintragen (minimaler Wert) und entsprechendes Feld markieren.

	Einheit	Minimaler Wert	Maximaler Wert	Nur Einzelwert vorhanden	Unbekannt										
Leukozyten	G/l = 10 ³ /µl	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombozyten min.	G/l = 10 ³ /µl	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							<input type="radio"/>						

47.2 Klinische Chemie

	Einheit	Wert	Unbekannt					
Serum-Kreatinin max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> µmol/l	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						<input type="radio"/>
Bilirubin max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> µmol/l	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						<input type="radio"/>
CRP max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mg/l	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						<input type="radio"/>
Procalcitonin max.	ng/ml	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						<input type="radio"/>

47.3 Blutgasanalyse / Säure- / Basenhaushalt

Für paO₂ und FiO₂ gepaarte Werte angeben, die dem niedrigsten Oxygenierungsindex (PaO₂/FiO₂-Ratio) dieses Tages entsprechen. Für Konversionstabellen bei Sauerstofftherapie zu geschätztem FiO₂ und der pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung zu paO₂ siehe Handbuch **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen**.

	Einheit	Wert	Unbekannt					
paO ₂ min.	<input type="radio"/> kPa <input type="radio"/> mmHg	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>	
Laktat max.	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/l	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						<input type="radio"/>
FiO ₂ max.		<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					<input type="radio"/>	

Zentrum	Patient

0	1	9
CRF - Seite		

DOKUMENTATION TAG 7

48 Klinische Parameter

	Einheit	Minimaler Wert	Unbekannt
Mittlerer art. Blutdruck min.	mmHg	_ _ _ _	<input type="radio"/>

Falls kein invasiv gemessener MAD vorliegt, bitte mit Manschette gemessene Wertepaare angeben:

	Einheit	Systole	Diastole	Unbekannt
↙ Minimaler RR	mmHg	_ _ _ _	/ _ _ _ _	<input type="radio"/>

	Einheit	Wert	Unbekannt
24 h Urinausscheidung	ml/24 h	_ _ _ _	<input type="radio"/>

Falls genaue Urinmenge unbekannt > 500 ml/d 200 - 500 ml/d < 200 ml/d

49 Beatmung

Wird der Patient maschinell beatmet?
einschließlich nicht-invasiver Beatmung Ja Nein Unbekannt

50 Glasgow-Coma-Scale (GCS)

☞ Die Definitionen der GCS sind im Handbuch unter Abschnitt **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen** aufgeführt.

Wert |_|_|_|_| Nicht durchgeführt

Bei sedierten Patienten ist die GCS entsprechend des Befundes vor Beginn der Sedierung zu schätzen.

GCS geschätzt (Bei sedierten Patienten.) Ja Nein

51 Katecholamine / Inotropika

☞ Für die Umrechnung von Perfusorgeschwindigkeit in Katecholamindosis siehe auch Umrechnungstabellen im Handbuch Abschnitt **7.1 Scores, Klassifikationen und Umrechnungstabellen**.

Hat der Patient Katecholamine bekommen?

Ja Nein Unbekannt


↙ Einheit µg/kg/min µg/min mg/h

	Höchste Dosis	Dosis unbekannt
<input type="radio"/> Adrenalin/Epinephrin	⇒ _ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Noradrenalin/Norepinephrin	⇒ _ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dopamin	⇒ _ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dobutamin	⇒ _ _ _ _ . _ _ _ _	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Andere		

Zentrum	Patient

0	2	0
CRF - Seite		

ABSCHLUSSDOKUMENTATION

 Die Abschlussdokumentation wird an **Tag 28** durchgeführt. Bei Verlegung, Entlassung oder Tod des Patienten wird die Dokumentation am **letzten Tag auf der Intensivstation** durchgeführt. Bei Rücknahme der Einwilligung wird die Dokumentation am Tag der Rücknahme ausgefüllt.

52 Studienende


Datum der Dokumentation

Tag	Monat	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr

Prüfplangemäßer Abschluss an Tag 28

Falls die Abschlussdokumentation vor Tag 28 durchgeführt wird nennen Sie bitte den Grund der vorzeitigen Dokumentation.

Entlassung / Verlegung

 Falls aus dem Krankenhaus entlassen, Studienpatient entlassen bzw. verlegt nach:


- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Anderes Krankenhaus, Normalstation | <input type="radio"/> Stationäre Rehabilitation | <input type="radio"/> Eigene Wohnung |
| <input type="radio"/> Anderes Krankenhaus, Intensivstation | <input type="radio"/> Pflegeeinrichtung | <input type="radio"/> Unbekannt |

Falls der Patient **nicht nach Hause** entlassen wurde, geben Sie uns bitte folgende zusätzliche Angaben zur Institution:

Name und Ort

Telefonnummer

Rücknahme der Einwilligung

 Ist eine Erlaubnis erteilt worden, die bis dahin erhobenen Daten anonymisiert auszuwerten (siehe Seite 2 der Einwilligungserklärung)?

- Nein Ja, durch Patienten Ja, durch Betreuer

Tod

 Todesdatum

Tag	Monat	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr

Tod als Sepsisfolge Ja Nein

Ist eine Obduktion durchgeführt worden? Ja Nein

Anderer Grund für die vorzeitige Abschlussdokumentation

.....

.....

.....

Zentrum				Patient			

0	2	1
CRF - Seite		

ABSCHLUSSDOKUMENTATION

53 EINWILLIGUNG

Einwilligung bei Studieneinschluss

- Einwilligung durch einwilligungsfähigen Patienten
- Einwilligung durch Betreuer
- Stellungnahme durch Angehörige
- Mutmaßlicher Patientenwille



Falls der Studieneinschluss auf der Basis des **mutmaßlichen Patientenwillens** und/oder einer **Stellungnahme durch Angehörige** erfolgt, konnte eine abschließende nachträgliche Einwilligung eingeholt werden?

- Einwilligung durch einwilligungsfähigen Patienten
- Einwilligung durch Betreuer bzw. Stellvertreter
- keine abschließende Einwilligungserklärung einholbar

Die Einwilligung erstreckt sich auf folgende Teilaspekte

Bitte nur für die abschließende Einwilligungserklärung dokumentieren.

	Ja	Nein
Studienteilnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfassung und Auswertung von krankheitsbezogenen Daten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutprobenentnahme zu Forschungszwecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befragung von Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilnahme am Studienregister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum der abschließenden schriftlichen Einwilligung

Tag			Monat			Jahr	

Nicht zutreffend

54 Krankenhausverweildauer

Summe der Tage im Krankenhaus seit Aufnahme im *erstversorgenden* Krankenhaus Tage

Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus

Tag			Monat			Jahr	

Noch stationär

55 Verweildauer Intensivstation (ITS)

Summe der Tage auf der ITS seit Aufnahme im *erstversorgenden* Krankenhaus Tage

Tag der Entlassung von der ITS

Tag			Monat			Jahr	

Noch auf ITS

Zentrum	Patient

0	2	2
CRF - Seite		

ABSCHLUSSDOKUMENTATION

56 Beatmung Tag 0 bis Tag 28

Summe der Beatmungstage seit erstem Krankenhauskontakt, einschließlich nicht-invasiver Beatmung (incl. externe Intensivstation bei Verlegung)

--	--

Tage

Bitte tragen Sie ggf. 0 ein.

Beginn der Beatmungstherapie

Tag	Monat					Jahr	

Nicht zutreffend

57 Nierenersatztherapie Tag 0 bis Tag 28

Summe der Dialysetage seit erstem Krankenhauskontakt (incl. externe Intensivstation bei Verlegung)

--	--

Tage

Bitte tragen Sie ggf. 0 ein.

Beginn der Dialyse

Tag	Monat					Jahr	

Nicht zutreffend

58 Milz

58.1 Bildgebung Milz



Untersuchung der Milzloge mittels Sonographie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT). Soweit eine Splenektomie nicht in der vorliegenden medizinischen Dokumentation (Arztbrief) sicher belegt ist, MUSS die Asplenie mittels Schnittbildgebung bestätigt werden.

- Milz in Bildgebung vorhanden
- Milz in Bildgebung NICHT vorhanden
- Nicht untersucht, Splenektomie in der medizinischen Dokumentation sicher belegt
- Nicht untersucht, anamnestische Splenektomie in der medizinischen Dokumentation NICHT sicher belegt
- Unbekannt

58.2 Milzfunktion

Sind im Blutausstrich erythrozytäre Howell-Jolly Einschlusskörperchen nachweisbar?

- Ja
- Nein
- Kein Blutausstrich durchgeführt

Zentrum	Patient

0	2	3
CRF - Seite		

INFEKTIONS DIAGNOSE

59 Infektion bei Aufnahme auf die initial behandelnde Intensivstation

Erregersicherung
(Mikrobiologisch dokumentierte Infektion) Ja Nein

60 Mikrobiologische Diagnostik

Bitte nur **positive** mikrobiologische Diagnostik, die **innerhalb von 48 Stunden** nach initialer Krankenhausaufnahme gewonnen wurde.

Es werden nur **mögliche** oder **wahrscheinliche** Erreger der Sepsis dokumentiert.

Bitte pro Erreger eine neue Zeile ausfüllen.

60.1 Blutkultur

Lfd. Nr.	Datum der Probenentnahme (DD/MM/JJ)	Zeitpunkt (hh:mm)	Abnahmeart (Schlüssel s. u.)	Unter Antibiotikatherapie		Erreger (Schlüssel s. u.)
				Ja	Nein	
01				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
02				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
03				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
04				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
05				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
06				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Schlüssel	Abnahmeart
01	Periphere Venenpunktion
02	Intravenöse Verweilkanüle (ZVK, periphere Verweilkanüle, andere intravaskuläre Katheter)
03	Unbekannt

Schlüssel	Erreger	Schlüssel	Erreger
01	Streptococcus pneumoniae	11	Escherichia coli
02	Staphylococcus aureus	12	Klebsiella spp.
03	Staphylococcus epidermidis und andere koagulase-negative Staphylokokken	13	Pseudomonas aeruginosa
04	Gruppe A Streptokokken (Streptococcus pyogenes)	14	Salmonella spp.
05	Gruppe B Streptokokken (Streptococcus agalactiae)	15	Capnocytophaga canimorsus
06	Andere Streptokokken	16	Andere Gram-negative
07	Enterokokken	17	Anerobier
08	Andere Gram-positive Erreger	18	Polymikrobiell
09	Neisseria meningitidis	19	Candida spp.
10	Haemophilus influenzae	20	Andere Pilze
		21	Babesia spp.
		22	Virusnachweis
		23	Unbekannt

Zentrum	Patient		

INFEKTIONSDIAGNOSE

Bitte nur **positive** mikrobiologische Diagnostik, die **innerhalb von 48 Stunden** nach initialer Krankenhausaufnahme gewonnen wurde.

Es werden nur **mögliche** oder **wahrscheinliche** Erreger der Sepsis dokumentiert.

Bitte pro Erreger eine neue Zeile ausfüllen.

60.2 Kultur sterile Kompartimente (außer Blutkultur)

Lfd. Nr.	Datum der Probenentnahme (DD/MM/JJ)	Material (Schlüssel s. u.)	Unter Antibiotikatherapie		Erreger (Schlüssel s. u.)
			Ja	Nein	
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Schlüssel	Material
01	Liquor
02	Pleurapunktat
03	Aszitespunktat
04	Gelenkspunktat
05	Lungenbiopsie
06	Andere Punktion, steriles Kompartiment

Schlüssel	Erreger	Schlüssel	Erreger
01	Streptococcus pneumoniae	11	Escherichia coli
02	Staphylococcus aureus	12	Klebsiella spp.
03	Staphylococcus epidermidis und andere koagulase-negative Staphylokokken	13	Pseudomonas aeruginosa
04	Gruppe A Streptokokken (Streptococcus pyogenes)	14	Salmonella spp.
05	Gruppe B Streptokokken (Streptococcus agalactiae)	15	Capnocytophaga canimorsus
06	Andere Streptokokken	16	Andere Gram-negative
07	Enterokokken	17	Anerobier
08	Andere Gram-positive Erreger	18	Polymikrobiell
09	Neisseria meningitidis	19	Candida spp.
10	Haemophilus influenzae	20	Andere Pilze
		21	Babesia spp.
		22	Virusnachweis
		23	Unbekannt

Zentrum	Patient

0	2	5
CRF - Seite		

INFEKTIONSDIAGNOSE

Bitte nur **positive** mikrobiologische Diagnostik, die **innerhalb von 48 Stunden** nach initialer Krankenhausaufnahme gewonnen wurde.

Es werden nur **mögliche** oder **wahrscheinliche** Erreger der Sepsis dokumentiert.

Bitte pro Erreger eine neue Zeile ausfüllen.

60.3 Sonstiger Erregernachweis (Kultur oder PCR)

Lfd. Nr.	Datum der Probenentnahme (DD/MM/JJ)	Material (Schlüssel s. u.)	Unter Antibiotikatherapie		Erreger (Schlüssel s. u.)
			Ja	Nein	
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Schlüssel	Material
01	Sputum
02	Trachealsekret
03	BAL, PSB, Bronchialsekret
04	Kultur sonstige Materialien
05	Erreger-PCR / DNA Nachweis Blut
06	Erreger-PCR / DNA Nachweis sonstige sterile Kompatimente
07	Erreger-PCR / DNA Nachweis andere Materialien

Schlüssel	Erreger
01	Streptococcus pneumoniae
02	Staphylococcus aureus
03	Staphylococcus epidermidis und andere koagulase-negative Staphylokokken
04	Gruppe A Streptokokken (Streptococcus pyogenes)
05	Gruppe B Streptokokken (Streptococcus agalactiae)
06	Anderer Streptokokken
07	Enterokokken
08	Anderer Gram-positive Erreger
09	Neisseria meningitidis
10	Haemophilus influenzae

Schlüssel	Erreger
11	Escherichia coli
12	Klebsiella spp.
13	Pseudomonas aeruginosa
14	Salmonella spp.
15	Capnocytophaga canimorsus
16	Anderer Gram-negative
17	Anerobier
18	Polymikrobiell
19	Candida spp.
20	Anderer Pilze
21	Babesia spp.
22	Virusnachweis
23	Unbekannt

Zentrum	Patient		

0	2	6
CRF - Seite		

INFEKTIONSDIAGNOSE

61 Pneumokokken - Antigen im Urin

Bitte nur Antigentests dokumentieren, die innerhalb 48 Stunden nach Aufnahme in das *erstversorgende* Krankenhaus durchgeführt wurden.

- Positiv
 Negativ
 Nicht durchgeführt
 Unbekannt

62 Infektionsdiagnose

62.1 Abschließende Infektionsdiagnose (s. Schlüssel)

Schlüssel	Infektfokus
01	Meningoenzephalitis / Hirnabszess
02	Primäre Bakteriämie
03	Pneumonie / Pleuraempyem / Lungenabszess
04	Peritonitis / Abdominalabszess
05	Pyelonephritis / ableitende Harnwege
06	Cholangitis / Pankreatitis / Leberabszess
07	Dünn- / Dickdarm
08	Septische Arthritis
09	Osteomyelitis, Spondylodiszitis
10	Otitis / Sinusitis / andere HNO Focus
11	Endokarditis
12	Wundinfektion
13	Uterus / Adnexe
14	Haut / Weichteilinfektion / Lymphadenitis
15	Katheterinfektion
16	Anderer Infektfokus
17	Unbekannt

62.2 Dokumentation des Infektionsfokuses (Mehrere Angaben möglich)

- Radiologisch / sonographisch
 Klinisch
 Histologisch / zytologisch
 Mikrobiologisch
 Kein dokumentierter Fokus

Ich versichere, dass alle Einträge der Seiten 02 bis 26 korrekt und vollständig sind. (betrifft nur

.....

Datum

.....

Unterschrift Prüfarzt / -ärztin
oder VertreterIn



**Prospektive, multizentrische Beobachtungs-
Studie zu Epidemiologie und Ursachen der
Sepsis nach Milzentfernung**

**Nur auszufüllen falls der Patientenfragebogen elektronisch
übermittelt wurde.**

Bitte drucken Sie diese Seite aus und senden sie per Fax an das Studienzentrum.

Studienzentrum Universitätsklinikum Freiburg

Fax: 0761 / 270 73 770

Für Patient Nr.

--	--	--	--

--	--

 habe ich die vollständig ausgefüllten Unterlagen

am

--	--	--	--	--	--	--	--

 elektronisch übermittelt.

Ich versichere, dass alle Einträge der Seiten 02 bis 26 korrekt und vollständig sind.

.....
Datum

.....
Unterschrift Prüfarzt / -ärztin
oder VertreterIn