

:00 5:00

2017047534 07.03.17 CHI - OIII

Iso-Tag:

Datum:

**Schlüter** M  
**Axel** 04.04.1939  
 21682 Stade  
 Holzstr. 19  
 Schlüter, Axel  
 mit Chefarzt



10159189

Abteilung:

Bettplatz:

Tag:

(postop.)

Devices	Tag	Systemwechsel/VW	F	S	N
PVK <i>grün L HR</i>	2 >	Infusion			
ZVK <i>grün L</i>	2.	Perfusor			
<del>Sharon</del> <i>PVK grün L HR</i>	2 >	Absaugbehälter			
Schl. / PM		Mundpflegeset			
Art. / PiCCO		Drainage			
MS / JJS <i>CHM</i>	2.01	Urin-Messsystem			
DK / SPK <i>CHM</i>	2.	Art. Druckmessung			
Drain 1 <i>Echthaus LI</i>	2.	ZVD			X
Drain 2 <i>Echthaus re</i>	2.	PDK-Filter			
Tubus / TK		Ernährungsset			
<i>Redon</i>	2.	DK-Wechsel			

Ad-Hoc-Medikation und Blutprodukte	Transfusion
① <i>Diphtherie iv</i>	EK
② <i>10g Cavix (4.0.0.1)</i>	FFP
③	PPSB
④	AT III
⑤	HAB
⑥	MAT
⑦	Sonst.
⑧	Anzahl EK bereit:

Untersuchung/Besonderes

---



---



---

TAGESZIEL:

Bilanz-Ziel:	Uhrzeit:	Uhr	Uhr	Uhr
E Infusion:	18:00	560 ml	20:00	2135 ml
Medikamente:		400 ml		750 ml
EK/Kolloide:				
per os:		600 ml		70 ml
Summe		1560 ml		3585 ml
A Urin:		200 ml		235 ml
MS:				
Drainagen:		275 ml		35 ml
Sonstiges:				
Summe:		475 ml		1285 ml
Bilanz:		+1085 ml		+2300 ml

A

75%

10

40

6

1420

10

100

6

250

4:00 5:00

2017047534 07.03.17 CHI - OIII

**Schlüter**

M

**Axel**

**04.04.1939**

21682 Stade

Holzstr. 19

Schlüter, Axel

mit Chefarzt

10159189



Iso-Tag:



Datum:

15.03.17

Abteilung:

Ch

Bettplatz:

5

Tag:

1

(postop.)

Devices	Tag	Systemwechsel/VW	F	S	N
PVK <i>5/16-6HR</i>	<i>1</i>	Infusion		X	
ZVK <i>1/1 x 2</i>	<i>1</i>	Perfusor		X	
Shaldon <i>1/16 vom 6HR</i>	<i>1</i>	Absaugbehälter			
Schl. / PM		Mundpflegeset			
Art. / PICCO		Drainage			
MS / JJS <i>Ch 1/1</i>	<i>1</i>	Urin-Messsystem		X	
DK / SPK <i>Ch 1/1</i>	<i>1</i>	Art. Druckmessung			
Th.Drain 1 <i>Easyflow 1/1</i>	<i>1</i>	ZVD		X	X
Th.Drain 2 <i>Easyflow 1/1</i>	<i>1</i>	PDK-Filter			
Tubus / TK		Ernährungsset			
<i>Dial</i>	<i>1</i>	DK-Wechsel			

**Ad-Hoc-Medikation und Blutprodukte**

**Transfusion**

① <i>Dipidolor 3-5-75mg</i>	⑨	EK
②	A	FFP
③	B	PPSB
④	C	AT III
⑤	D	HAB
⑥	E	MAT
⑦	F	Sonst.
⑧	G	Anzahl EK bereit:

**Untersuchung/Besonderes**

**TAGESZIEL:**

**Bilanz-Ziel:**

Uhrzeit:	<i>20<sup>00</sup></i> Uhr	<i>6<sup>00</sup></i> Uhr	Uhr	Uhr
<b>E</b> Infusion:	<i>1190</i> ml	<i>3226</i>	ml	ml
Medikamente:	<i>280</i> ml	<i>550</i>	ml	ml
EK/Kolloide:	ml		ml	ml
per os:	ml		ml	ml
<b>Summe</b>	<i>1470</i> ml	<i>3776</i>	m	ml
<b>A</b> Urin:	<i>425</i> ml	<i>1126</i>	ml	ml
MS:	ml		ml	ml
Drainagen:	<i>150</i> ml	<i>200</i>	ml	ml
Sonstiges:	ml		ml	ml
<b>Summe:</b>	<i>575</i> ml	<i>1326</i>	ml	ml
<b>Bilanz:</b>	<i>+ 845</i> ml	<i>+ 2456</i>	ml	ml

Vertical grid area with handwritten notes and checkmarks. Includes '21', '96%', and various symbols like 'X' and 'A' in the grid cells.

<b>Name</b> 2017047534 07.03.17 CHI - O II <b>Schlüter</b> M	<b>Fall-Nummer</b> 	<b>Wahlleistung</b> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja
<b>Vorname</b> Axel 21682 Stade Holzstr, 19	<b>OP-Nummer</b> 	<b>Geschlecht</b> m <input checked="" type="checkbox"/> w
<b>Straße</b> Schlüter, Axel mit Chefarzt	<b>Geburtsdatum</b> 04.04.1939	<b>Gravidität</b> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja
<b>Postleitzahl</b> 	<b>Ort</b> 	<b>Aufnahmeart</b> stationär <input checked="" type="checkbox"/> ambulante
<b>Station</b> 	<b>Zi.-Nr.</b> 120a	<b>Alter</b> 

<b>geplante Anästhesie</b> 	<b>Zähne*</b> locker/besch. Prothese	<b>Dringlichkeit</b> elektiv (>24h) <input type="checkbox"/> innerhalb 24 h <input type="checkbox"/> Notfall < 2h <input checked="" type="checkbox"/> sofort
<b>geplante Operation</b> Laparoskopie		

**Anamnese und klin. Befund**  o.B.  Akutversorgung  Wiederholungsnarkose

Befunde*	Normal	pathologischer Befund mit Relevanz für die Anästhesie:		
<b>Herz</b>	<input type="checkbox"/>	KHK stabile AP ACS Myokardinfarkt (alt)	Herzinsuffizienz Kardiomyopathie Aorten-/Mitralklappenstenose sonstige Herzrhythmen	hämodyn. rel. HRST Cor pulmonale floride Myokarditis
<b>Lunge</b>	<input type="checkbox"/>	Dyspnoe Pneumonie akute Bronchitis	COPD Obstruktion Restriktion	Pleuraerguss Pneumothorax Beatmung
<b>Kreislauf</b>	<input type="checkbox"/>	Hypotonie (therapiebed.) Hypertonie	Embolie Thrombose	AVK zerebr. Durchblutungsst.
<b>ZNS/ Neurologie</b>	<input type="checkbox"/>	Somnolenz Koma SHT ICB / Raumforderung	Schlaganfall TIA Parkinson Alzheimer / Demenz klin. sympt. Hormonstrg.	MS ALS Epilepsie neuromuskuläre Erkrank. enzymatische Gendefekte
<b>Stoffw.</b>	<input type="checkbox"/>	(N) IDDM Leberinsuffizienz		
<b>Sonstiges</b>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Erkrankung resistente Keime	OSAS	Niereninsuffizienz

<b>ASA</b>	I	II	III	IV	V	VI
<b>NYHA</b>	I	II	III	IV		
<b>Mallampati</b>	I	II	III	IV	n. b.	
<b>Thyromentaler Abstand n. Patil</b>	>6,5 cm		6-6,5 cm		< 6 cm	
<b>Intub. Hindernis</b>	nein ja					
<b>Aspirat.-Risiko</b>	<input checked="" type="checkbox"/>					
<b>Allergie</b>	<input checked="" type="checkbox"/>					
<b>Nikotin</b>	<input checked="" type="checkbox"/>					
<b>Alkohol</b>	<input checked="" type="checkbox"/>					
<b>Drogen</b>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Hb	Hk					Thr
Quick	INR					PTT
Kalium	Krea					γGT
BZ						
Größe	Gewicht	BMI	präOP SpO2			
Puls	RR systolisch	RR diastolisch				

**EKG\***

normal  fehlender SR  Ischämiezeichen  
 nicht vorh.  Überleitungsstörung  Infarktzeichen  
 Tachykardie  Extrasystole > 5/min.  Erregungs-Rückb.St.  
 Bradykardie  SM-EKG  sonstiges

**Gerinnungshemmung:**

**Vor-OP's** ja **Narkosekomplikationen** 0

**Dauermedikation** ja

**Cor**

**Pulmo**

**Röntgen-Thorax**

<b>Präoperative Anordnungen</b>	<b>letzte Nahrungsaufnahme</b> fest 6 Uhr flüssig 8 Uhr	<input type="checkbox"/> nach Prämed. <input checked="" type="checkbox"/> keine OP																								
<b>Transfusionsvorbereitung</b> <input type="checkbox"/> Blutgruppe <input type="checkbox"/> AK-Suchtest EK FFP TK	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vorabend</th> <th>OP-Tag</th> <th>Medikament</th> <th>Applikation</th> <th>Uhrzeit</th> <th>Unterschrift</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>2 1000ml ja</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Vorabend	OP-Tag	Medikament	Applikation	Uhrzeit	Unterschrift			2 1000ml ja																
Vorabend	OP-Tag	Medikament	Applikation	Uhrzeit	Unterschrift																					
		2 1000ml ja																								

**Prämedikation Anästhesist/-in**

Anästhesie-Ambulanz	Datum	Uhrzeit	Dauer (min.)	Arzt-Nr.	Dienstort*	Name/Unterschrift
<input type="checkbox"/>	16.03.17	11:55	10	1	RD BD US	[Signature]

Prämed. vorstat.

2017047534 07.03.17 INN - ZA  
**Schlüter** M  
**Axel** 04.04.1939  
 21682 Stade  
 Holzstr. 19  
 Schlüter, Axel  
 mit Chefarzt

10159189



66

## Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

FELD FÜR DEN ARZT:	Vorgesehener Eingriff: <u>CAE</u>
	Anästhesie: <u>GA</u>
	Datum: <u>10.3.17</u>
	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär

VOM PATIENTEN ZU BEANTWORTEN:  
 Alter: 77 Jahre Größe: 176 cm Gewicht: 85 kg  
 Geschlecht: M  
 n = nein / j = ja

- Beruf: Kochkammer  
 Ist in letzter Zeit eine andere ärztliche Behandlung erfolgt?  n  j  
 Wenn ja, wann und weswegen? OP Knie rechts
- Besteht akut/Bestand in den letzten vier Wochen ein Infekt (z.B. Erkältung, Fieber, Magen-Darm)?  n  j  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_
- Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin], Schmerzmittel, Herz-/Kreislauf-Medikamente, Hormonpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antidiabetika [v.a. metforminhaltige])?  n  j  
 Wenn ja, welche? siehe Akte
- Werden pflanzliche Mittel/Ergänzungspräparate eingenommen (z.B. Johanniskraut, Gingko, Vitamine)?  n  j  
 Wenn ja, welche? Gingko, Vitamine
- Wurde schon einmal eine Operation durchgeführt?  n  j  
 Wenn ja, welche/wann? Knie 20.02.17  
Venen 2016
- Wurde schon einmal eine Narkose, Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung (z.B. beim Zahnarzt) durchgeführt?  n  j  
 Wenn ja, gab es dabei Komplikationen?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Traten bei Blutsverwandten Probleme im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf?  n  j
- Besteht eine Neigung zu Übelkeit/Erbrechen?  n  j
- Besteht bei Ihnen bzw. Blutsverwandten die Veranlagung zu hohem Fieber bei/nach Narkose (maligne Hyperthermie)?  n  j
- Ist schon einmal eine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen (Transfusion) erfolgt?  n  j  
 Wenn ja, gab es dabei Komplikationen?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie für den geplanten Eingriff Eigenblut gespendet?  n  j

- Besteht eine Allergie wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine Unverträglichkeit bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Sojaunverträglichkeit/-allergie?  n  j
- Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen?  n  j
- Besteht/Bestand eine Gefäßerkrankung (z.B. Durchblutungsstörung, Arteriosklerose, Aneurysma, Krampfader)?  n  j  
 Wenn ja, welche? Stammvene
- Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)?  n  j
- Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Tritt Atemnot bei Anstrengung auf?  n  j
- Besteht/Bestand eine Atemwegs-/Lungenerkrankung (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenblähung)?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Tritt starkes Schnarchen auf, liegt eine Schlafapnoe vor oder besteht eine Stimmband-/Zwerchfelllähmung?  n  j  
 Wenn ja, was? \_\_\_\_\_
- Besteht/Bestand eine Erkrankung des Verdauungssystems (z.B. Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Darm)?  n  j  
 Wenn ja, welche? Dickdarm 1998
- Tritt Sodbrennen auf oder besteht eine Refluxkrankheit?  n  j
- Besteht/Bestand eine Erkrankung der Leber, Gallenblase/-wege (z.B. Entzündung, Fettleber, Zirrhose, Gallensteine)?  n  j  
 Wenn ja, welche? Gallenblase
- Besteht/Bestand eine Erkrankung oder Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane (z.B. Nierenfunktionsstörung, Nierenentzündung, Nierensteine, Blasenentleerungsstörung)?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Kropf)?  n  j  
 Wenn ja, welche? Unterfunktion Jod
- Besteht/Bestand eine Muskel- oder Skeletterkrankung (z.B. Muskelschwäche, Gelenkerkrankung, Osteoporose)?  n  j  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

15

Patientenname und -adresse

Doku C 62 Ileusoperation

2017047534 07.03.17 CHI - O II

Schlüter

M

Axel

04.04.1939

21682 Stade

Holzstr. 19

Schlüter, Axel

mit Chefarzt

10159189



### Dokumentation der Aufklärung und der Einwilligung

#### Hinweis für den Arzt:

Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, Textstellen unterstreichen und individuellen Text an den vorgesehenen Stellen handschriftlich ergänzen.

Vermerke der Ärztin/des Arztes

*Rauhuber*

zum Aufklärungsgespräch

Name

Erörtert wurden z.B.: Notwendigkeit/Dringlichkeit des Eingriffs, Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile der Operationsmethoden, mögliche Eingriffsweiterungen oder -änderungen (z.B. Umsteigen von der laparoskopischen auf die offene Methode), Risiken und mögliche Komplikationen, risikohörende Besonderheiten, mögliche Neben- und Folgeeingriffe, Erfolgsaussichten, Verhaltenshinweise vor und nach dem Eingriff sowie (bitte hier v.a. individuelle Gesprächsinhalte wie z.B. die Ablehnung einzelner Maßnahmen, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter und ggf. spezielle Vermerke zum Info-Teil sowie die Gesprächsdauer dokumentieren):

*Es handelt sich um eine laparoskopische Diagnostik, Ggf. ist eine Laparotomie erforderlich. Vorgehen dann weiter nach Befund. Ggf. Appendektomie.*

Folgender Eingriff ist vorgesehen:

Ileusoperation mittels Bauchschnitt (Laparotomie)

*ggf.*

Ileusoperation mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)

(Besonderheiten bitte ergänzen)

Vorgesehener Operationstermin (Datum):

*16.3.17*

Ü-C 62 - 07/2014v3re - Datei: 16.03.2017/11:08 Uhr - Seite 5 von 6 - Kopie 1

19

Name: 2017047534 07.03.17 INN - ZA  
**Schlüter** M  
 Vorname: **Axel** 04.04.1939  
 Straße: 21682 Stade Holzstr. 19 Schlüter, Axel mit Chefarzt  
 Postleitzahl: 10159189 Ort:   
 Station: *OTI* Zi-Nr.: *1202*

geplante Anästhesie: *OTI*  
 geplante Operation: *Crus*  
 Zähne\*: o.B. locker/besch. Prothese  
 Dringlichkeit:  elektiv (>24h)  innerhalb 24h Notfall < 2h  sofort

Anamnese und klin. Befund  o.B.  Akutversorgung  Wiederholungsnarkose

Befunde*	Normal	pathologischer Befund mit Relevanz für die Anästhesie		
<b>Herz</b>	<input type="checkbox"/>	KHK stabile AP ACS Myokardinfarkt (alt)	Herzinsuffizienz Kardiomyopathie Aorten-/Mitraistenose sonstige Herzvitien	hämodyn. rel. HRST Cor pulmonale floride Myokarditis
<b>Lunge</b>	<input type="checkbox"/>	Dyspnoe Pneumonie akute Bronchitis	COPD Obstruktion Restriktion	Pleuraerguss Pneumothorax Beatmung
<b>Kreislauf</b>	<input type="checkbox"/>	Hypotonie (therapiebed.) Hypertonie	Embolie Thrombose	AVK zereb. Durchblutungsst.
<b>ZNS/ Neurologie</b>	<input type="checkbox"/>	Somnolenz Koma SHT ICB / Raumforderung	Schlaganfall TIA Parkinson Alzheimer / Demenz	MS ALS Epilepsie neuromuskuläre Erkrank. enzymatische Gendefekte
<b>Stoffw.</b>	<input type="checkbox"/>	(N) IDDM Leberinsuffizienz	klin. sympt. Hormonstrg.	
<b>Sonstiges</b>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Erkrankung resistente Keime	OSAS	Niereninsuffizienz

EKG\*:  normal  nicht vorh.  Tachykardie  Bradykardie  
 fehlender SR  Überleitungsstörung  Extrasystolie >5/min.  SM-EKG  
 Ischämiezeichen  Infarktzeichen  Erregungs-Rückb.St.  sonstiges  
 Gerinnungshemmung:   
 Vor-OP's: *10* Narkosekomplikationen: *2*  
 Dauermedikation: *StG*

Cor: *StG*  
 Pulmo: *StG*  
 Röntgen-Thorax: *StG*

Präoperative Anordnungen: letzte Nahrungsaufnahme fest *6h* Uhr flüssig *2h* Uhr  nach Prämed. keine OP

Vorabend	OP-Tag	Medikament	Applikation	Uhrzeit	Unterschrift
	X	<i>Trennung...</i>			<i>StG</i>
	X	<i>...</i>			<i>StG</i>

Transfusionsvorbereitung:  Blutgruppe  AK-Suchtest  
 EK: FFP: TK:

Prämedikation Anästhesist/-in: Datum: *13.03.18* Uhrzeit: *10:30* Dauer (min.): *120* Arzt-Nr.: *1202* Dienstart\* Name/Unterschrift: *StG*

© 2010 DATAPAC GmbH