

Einsatzdokumentation mechanische Reanimationshilfe "LUCAS" (mCPR) im Rettungsdienst Bayern

Ärztl. Bezirksbeauftragter Rettungsdienst Schwaben, Februar 2017

1. Einsatz- und Patientendaten			
Datum:	Patientennummer:	ILS:	
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Alter (Jahre):	
Größe (cm):	Gewicht (kg):		
3. Vor Eintreffen Rettungsdienst			
<input type="checkbox"/> laufende Reanimationsmaßnahmen bei Eintreffen			
<input type="checkbox"/> BLS	<input type="checkbox"/> AED mit Schock	<input type="checkbox"/> AED ohne Schock	<input type="checkbox"/> ALS
4. Indikation zum Einsatz der mCPR			
Verdachts-/Arbeitsdiagnose:		<input type="checkbox"/> CPR bei Trauma	
<input type="checkbox"/> manuelle Thoraxkompressionen nicht durchführbar oder erschwert			
Art: _____			
<input type="checkbox"/> bestehendes Sicherheitsrisiko			
Art: _____			
<input type="checkbox"/> deutlich protrahierte Reanimationssituation			
Art: _____			
<input type="checkbox"/> Indikation zum Transport unter fortgesetzter Reanimation			
Art: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstiges			
Art: _____			
5. Zeitintervalle			
Minuten von Kollaps bis Beginn BLS		<input type="checkbox"/> Zeit geschätzt	
Minuten von Beginn BLS bis Beginn ALS		<input type="checkbox"/> Zeit geschätzt	
Minuten von Beginn ALS bis Beginn mCPR		<input type="checkbox"/> Zeit geschätzt	
Minuten von Beginn bis Ende präklinische mCPR; präklinische mCPR beendet bei		<input type="checkbox"/> Zeit geschätzt	
<input type="checkbox"/> stabilem ROSC	<input type="checkbox"/> Übergabe unter CPR	<input type="checkbox"/> Therapieabbruch	
Minuten Pause mCPR bei zwischenzeitlichem ROSC		<input type="checkbox"/> geschätzt	
6. Art des Herz-Kreislauf-Stillstandes			
bei Beginn ALS/Eintreffen			
<input type="checkbox"/> Asystolie	<input type="checkbox"/> PEA	<input type="checkbox"/> ventr. Tachykardie	<input type="checkbox"/> Kammerflimmern
bei Beginn mCPR			
<input type="checkbox"/> Asystolie	<input type="checkbox"/> PEA	<input type="checkbox"/> ventr. Tachykardie	<input type="checkbox"/> Kammerflimmern
<input type="checkbox"/> kein ROSC bei Ende der präklinischen Behandlung (Übergabe unter CPR oder Therapieabbruch)			
<input type="checkbox"/> Asystolie	<input type="checkbox"/> PEA	<input type="checkbox"/> ventr. Tachykardie	<input type="checkbox"/> Kammerflimmern
7. ALS unter mCPR			
Beatmung initial unter mCPR			
<input type="checkbox"/> Maske	<input type="checkbox"/> Larynxmaske/-tubus	<input type="checkbox"/> intubiert	
<input type="checkbox"/> Wechsel Atemwegsmanagement unter mCPR			
<input type="checkbox"/> Larynxmaske/-tubus	_____ Anzahl Versuche	<input type="checkbox"/> mCPR unterbrochen	_____ Minuten Dauer ges.
<input type="checkbox"/> Intubation	_____ Anzahl Versuche	<input type="checkbox"/> mCPR unterbrochen	_____ Minuten Dauer ges.
<input type="checkbox"/> Defibrillation	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/> mCPR unterbrochen	_____ Minuten Dauer ges.
8. Besonderheiten Patient			
<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Kleinwuchs	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> Thoraxdeformität	<input type="checkbox"/> Thoraxinstabilität		
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Art: _____		
9. Gerätekomplikationen unter mCPR			
<input type="checkbox"/> Stempeldislokation	<input type="checkbox"/> einmalig	<input type="checkbox"/> wiederholt	
<input type="checkbox"/> Batterie-/Ladungsproblem	Art: _____		
<input type="checkbox"/> Gerätefehlfunktion	Art: _____		
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Art: _____		
10. Medizinische Komplikationen unter mCPR			
<input type="checkbox"/> Dislokation Airway	<input type="checkbox"/> Larynxmaske/-tubus	<input type="checkbox"/> Endotrachealtubus	
<input type="checkbox"/> blutiges Sekret aus	<input type="checkbox"/> Larynxmaske/-tubus	<input type="checkbox"/> Endotrachealtubus	<input type="checkbox"/> Mund/Nase
<input type="checkbox"/> Regurgitation unter	<input type="checkbox"/> Larynxmaske/-tubus	<input type="checkbox"/> Endotrachealtubus	<input type="checkbox"/> Maskenbeatmung
<input type="checkbox"/> V. a. Rippenfrakturen/-dislokationen unter mCPR			
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Art: _____		