

DUQUE-DATENERHEBUNG ZUM AKUTEN SCHLAGANFALL

Definitionen

Akuter Schlaganfall Als Schlaganfall werden plötzlich auftretende klinische Zeichen für eine fokale (oder globale) Störung der Gehirnfunktion bezeichnet, die mehr als 24 Stunden andauern (außer im Fall eines plötzlichen Todes oder wenn die Entwicklung der Symptome durch einen chirurgischen Eingriff unterbrochen wird) und - abgesehen von einem vaskulären Ursprung - keine erkennbare Ursache hat. Schließt Patienten ein, die klinische Zeichen und Symptome für eine Subarachnoidalblutung, intrazerebrale Blutung oder zerebrale ischämische Nekrose zeigen. Allgemeine klinische Zeichen werden nur bei Subarachnoidalblutungen oder Komapatienten akzeptiert. Mittels Computertomographie festgestellte Hirnläsionen, die jedoch nicht von akuten fokalen Zeichen begleitet werden, gelten nicht als Schlaganfall, ebensowenig wie extradurale und subdurale Blutungen. Aus dieser Definition ausgeschlossen sind transitorische ischämische Attacken (TIA) oder Schlaganfälle, die aufgrund einer Bluterkrankung (z. B. Leukämie, Polycythaemia vera), eines Hirntumors oder Hirnmetastasen aufgetreten sind (WHO-Kriterien).

Diagnosekriterien

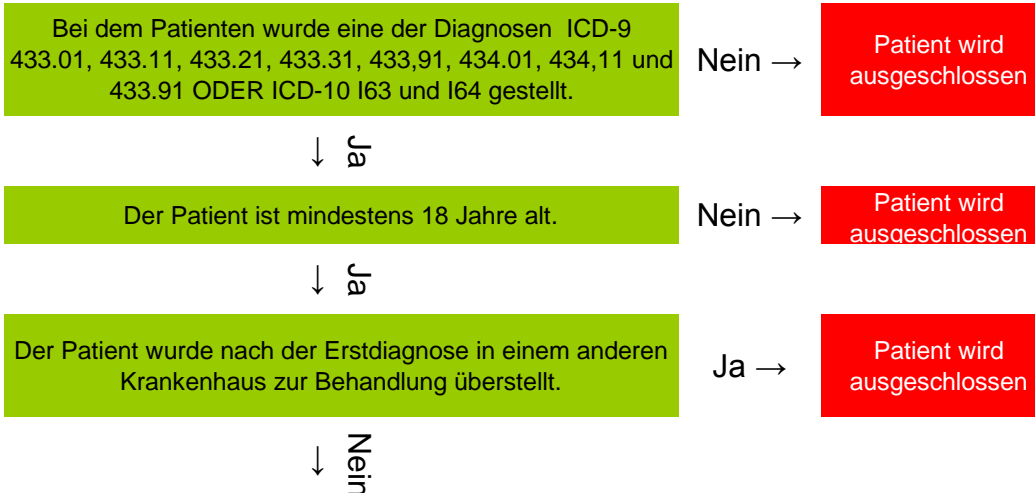
Patienten über 18 Jahren, bei denen ein akuter ischämischer Schlaganfall oder ein nicht spezifizierter Schlaganfall nach ICD-9 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.91, 434.01, 434.11

Identifizierung von Patientenakten für den Einschluss in die DUQuE-Studie

Vorbereitung

Patienten mit akuten Schlaganfallsyndromen, bei denen es sich wahrscheinlich um einen akuten ischämischen Schlaganfall handelt, stellen einen hohen Prozentsatz der medizinischen Notaufnahmen dar, sind jedoch nicht immer leicht zu identifizieren bzw. zu ermitteln, es sei denn, die Patienten werden auf einer Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit) behandelt. Benutzen Sie bitte die folgenden Anhaltspunkte, um 30 aufeinanderfolgende Patienten mit akutem ischämischen Schlaganfall entsprechend der angegebenen Einschluss- und Ausschlusskriterien auszuwählen und die wissenschaftliche Seriosität der DUQuE-Studie sicherzustellen. Vielen Dank!

Verwenden Sie das folgende Diagramm, um alle Patienten zu identifizieren, die älter als 18 Jahre sind und mit einer der Diagnosen ICD-9 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.91, 434.01, 434.11 und 433.91 ODER ICD-10 I63 und I64 aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Überprüfen Sie zunächst die Krankengeschichten der zuletzt eingelieferten Patienten, und gehen Sie dann die weiter zurückliegenden Fälle durch, bis Sie 30 Patienten identifiziert haben, bei denen ein ischämischer Schlaganfall vorlag. Für Patienten mit einem hämorrhagischen Schlaganfall notieren Sie bitte nur die Anzahl der Patienten und den Status des Todes.



Einschluss

Patient wird eingeschlossen.

Überprüfen Sie den medizinischen Befund des Patienten, und beantworten Sie alle Fragen in der 2. Arbeitsmappe.

Wiederholen Sie den Vorgang, bis Sie die Daten von 30 Patienten erfasst haben.

DUQUE-DATENERHEBUNGSBLATT ZUM AKUTEN SCHLAGANFALL					
Feldnummer	Variablenname	Antwortkategorien	Definitionen und Hinweise	Richtlinien für die Beantwortung der Fragen	Die Informationen in den Zeilen 4 bis 46 brauchen für jedes Krankenhaus nur einmal ausgefüllt zu werden.
L01 LANDES- UND KRANKENHAUSINFORMATIONEN					
L0101	Land		Land: Bitte geben Sie das Land an.		
			1 Tschechische Republik 2 England 3 Frankreich 4 Deutschland 5 Polen 6 Portugal 7 Spanien 8 Türkei	Geben Sie eine Zahl zwischen 1 und 8 an.	4
L0102	Krankenhausname		Bitte geben Sie den Krankenhausnamen an.		
		Text	Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses an.	Name des Krankenhauses	

Feldnummer	Variablenname	Antwortkategorien	Definitionen und Hinweise	Richtlinien für die Beantwortung der Fragen	Patienten-ID	
L02 PATIENTENDEMOGRAPHIE					1	
L0201	Geburtsdatum des Patienten	Bitte geben Sie das Geburtsdatum des Patienten an.			Geben Sie das genaue Datum oder die Zahl "9" ein.	
		TT:MM:JJJJ 9 Nicht bekannt	Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)			
L0202	Geschlecht des Patienten	Bitte geben Sie das Geschlecht des Patienten an.			Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
		0 Männlich 1 Weiblich 9 Nicht bekannt				
L03 EINLIEFERUNG						
L0301	Datum und Uhrzeit des Symptombeginns	Der genaue Zeitpunkt (nach Möglichkeit auf 10 Minuten genau) des Symptombeginns.			Geben Sie das genaue Datum oder die Zahl "9" ein.	
		TT:MM:JJJJ 9 Datum nicht bekannt	Datum (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011]			
		SS:MM 99 Uhrzeit nicht bekannt	Uhrzeit (SS:MM) [z.B. 16:58]			
				Geben Sie die genaue Uhrzeit oder die Zahl "99" ein.		

L0302	Datum und Uhrzeit des Eintreffens im Krankenhaus	Bitte geben Sie Datum und Uhrzeit des Eintreffens des Patienten im <u>Krankenhaus</u> an. Für alle Patienten sollte das Datum und die Uhrzeit der Einlieferung angegeben werden. Gemeint ist der Zeitpunkt, an dem der Patient erstmals in Ihrem Krankenhaus aufgenommen wurde. Ist die genaue Uhrzeit nicht bekannt, geben Sie zumindest das Datum der Aufnahme im Krankenhaus an.			
		TT:MM:JJJJ 9	Datum (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011] Datum nicht bekannt	Geben Sie das genaue Datum oder die Zahl "9" ein.	
		SS:MM 99	Uhrzeit (SS:MM) [z.B. 16:58] Uhrzeit nicht bekannt	Geben Sie die genaue Uhrzeit oder die Zahl "99" ein.	
L0303	Aufnahmestation	Anhand der nachfolgenden Frage soll ermittelt werden, wo die sofortige medizinische Behandlung durchgeführt wurde. Sie bezieht sich auf die Abteilung, in die der Patient im Anschluss an die Notaufnahme oder direkt nach dem Krankentransport aufgenommen wurde und wo er den <u>Großteil der ersten 24 Stunden</u> im Krankenhaus verbracht hat.			
		0	Eine Station für die Beurteilung nicht-spezifischer akuter Aufnahmen bzw. eine Diagnosestation.	Geben Sie ALLE zutreffenden Werte zwischen 0 und 9 ein.	
		1	Eine Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit), entsprechend der in Ihrem Krankenhaus geltenden Definition.		
		2	Eine neurologische Abteilung.		
		3	Eine Einrichtung, die überwiegend für Patienten genutzt wird, die aus der Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit) entlassen wurden, und in der normalerweise keine akuten Schlaganfallpatienten aufgenommen werden.		
		4	Eine allgemeine medizinische Station oder geriatrische Station ohne Schlaganfall-Spezialisierung.		
		5	Eine Intensiv- oder Überwachungsstation.		
		6	Eine andere Station; für Patienten, die in einer anderen Station (Intensiv- oder Überwachungsstation) aufgenommen wurden ODER den Schlaganfall erlitten, als sie bereits im Krankenhaus waren.		
		7	Der Patient verbrachte den Großteil der ersten 24h auf einer Notfallstation oder einer Beobachtungsstation.		
8	Der Patient verstarb innerhalb der ersten 24h in der Notfallstation				
9	Nicht bekannt				
L0304	Datum und Uhrzeit des Eintreffens in der Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit)	Wenn der Patient auf einer Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit) aufgenommen wurde, geben Sie bitte Datum und Uhrzeit des Eintreffens/der Aufnahme auf dieser Station an.			
		TT:MM:JJJJ SS:MM	Datum (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011] Uhrzeit (SS:MM) [z.B. 16:58]	Geben Sie das genaue Datum und die genaue Uhrzeit ein.	
		0 1	Keine genaue Datums- und Uhrzeitangabe, aber innerhalb der ersten 48 Stunden nach Einlieferung. Keine genaue Datums- und Uhrzeitangabe, aber NICHT innerhalb der ersten 48 Stunden nach Einlieferung ODER Datum und Uhrzeit wurden nicht angegeben.	Geben Sie "0" ODER "1" ein.	
L04 DIAGNOSE					1
L0401	Serumcholesterin	Wurden während des Krankenhausaufenthaltes Serumcholesterinproben entnommen?			
		0	Nein	Geben Sie die Zahl 0-1	

		1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
		Wenn ja, geben Sie bitte den Serumcholesterinwert in mmol/L ein (5 mmol/L \approx 20 mg/dl). Bei mehreren Messungen geben Sie bitte den Wert an, der zur Diagnosestellung geführt hat.	Geben Sie den mmol/l-Wert ein.	mmol/l
L0402	LDL-Cholesterin	Wurden während des Krankenhausaufenthaltes LDL-Cholesterinproben entnommen?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
		Wenn ja, geben Sie bitte den LDL-Cholesterinwert in mmol/L ein (5 mmol/L \approx 20 mg/dl). Bei mehreren Messungen geben Sie bitte den Wert an, der zur Diagnosestellung geführt hat.	Geben Sie den mmol/l-Wert ein.	mmol/l
L0403	Triglyceride	Wurden während des Krankenhausaufenthaltes Triglyceridproben entnommen?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
		Wenn ja, geben Sie bitte den Triglyceridwert in mmol/L ein (5 mmol/L \approx 20 mg/dl). Bei mehreren Messungen geben Sie bitte den Wert an, der zur Diagnosestellung geführt hat.	Geben Sie den mmol/l-Wert ein.	mmol/l
L0404	Computer- oder Kernspintomographie	Wurde beim Eintreffen im Krankenhaus eine Computer- oder Kernspintomographie durchgeführt?		
		0 Computertomographie wurde durchgeführt. 1 Kernspintomographie wurde durchgeführt. 2 Es wurde keine Tomographie durchgeführt. 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 9 ein.	
L0405	Datum und Uhrzeit der im Krankenhaus durchgeführten Computer- oder Kernspintomographie	Das Datum der im Krankenhaus durchgeführten Computer- oder Kernspintomographie (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011].		
		TT:MM:JJJJ Datum (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011]		
		SS:MM Uhrzeit (SS:MM) [z.B. 16:58]	Geben Sie das genaue Datum und die genaue Uhrzeit ein.	
		0 Keine genaue Zeitangabe, aber innerhalb der ersten 3 Stunden nach Einlieferung. 1 Keine genaue Zeitangabe, aber innerhalb der ersten 6 Stunden nach Einlieferung. 2 Keine genaue Zeitangabe, aber innerhalb der ersten 12 Stunden nach Einlieferung. 3 Keine genaue Zeitangabe, aber innerhalb der ersten 24 Stunden nach Einlieferung. 9 Keine genaue Datums- und Uhrzeitangabe, aber NICHT innerhalb der ersten 24 Stunden nach Einlieferung ODER Datum und Uhrzeit wurden nicht angegeben.	Geben Sie die Zahl 0, 1, 2, 3 oder 9 ein.	
L0406	Gesicht (Schwäche/sensorische Störung)	Litt der Patient unter einer Schwäche oder sensorischen Störung im Gesicht?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt ODER Patient verstarb, bevor Diagnosetests durchgeführt werden konnten.	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0407	Arm (Schwäche/sensorische Störung)	Litt der Patient unter einer Schwäche oder sensorischen Störung im Arm?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt ODER Patient verstarb, bevor Diagnosetests durchgeführt werden konnten.	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	

L0408	Bein (Schwäche/sensorische Störung)	Litt der Patient unter einer Schwäche oder sensorischen Störung im Bein?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt ODER Patient verstarb, bevor Diagnosetests durchgeführt werden konnten.		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0409	Dysphasie	Litt der Patient unter einer Dysphasie?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt ODER Patient verstarb, bevor Diagnosetests durchgeführt werden konnten.		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0410	Hemianopsie	Litt der Patient unter einer Hemianopsie?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt ODER Patient verstarb, bevor Diagnosetests durchgeführt werden konnten.		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0411	Vernachlässigung/Verwahrlosung	Litt der Patient unter Vernachlässigung/Verwahrlosung?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt ODER Patient verstarb, bevor Diagnosetests durchgeführt werden konnten.		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0412	Hirnstamm-/Kleinhirnzeichen	Litt der Patient unter Hirnstamm-/Kleinhirnzeichen?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt ODER Patient verstarb, bevor Diagnosetests durchgeführt werden konnten.		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L05 PATIENTENANAMNESE					1
L0501	Vorausgegangener AMI	Trat früher schon einmal ein validierter akuter Myokardinfarkt auf?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0502	Vorausgegangene Angina	Traten mindestens zwei Wochen vor Einlieferung Symptome für kardiale Ischämie auf, die bis zur Einlieferung anhielten?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0503	Vorausgegangene Herzinsuffizienz	Gab es früher schon einmal eine validierte Diagnose für Herzinsuffizienz während einer therapeutischen Behandlung?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0504	Bluthochdruck	Ist der Patient bereits wegen Bluthochdruck in Behandlung (Medikamente, Ernährung oder Lebensweise) oder wurde mindestens zweimal vor Einlieferung ein Blutdruck von über 140/80 gemessen?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0505	Hypercholesterinämie	Hat der Patient einen erhöhten Serumcholesterinspiegel, der eine diätetische oder medikamentöse Behandlung erfordert?			
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt		Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	

L0506	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	Zeigt der Patient Anzeichen für eine periphere arterielle Verschlusskrankheit, die entweder akut symptomatisch ist oder im Vorfeld durch Intervention oder Operation behandelt wurde? Bitte auch renovaskuläre Erkrankungen und Aortenaneurysmen erwähnen.		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0507	Zerebrovaskuläre Erkrankung	Liegt eine Anamnese für eine zerebrovaskuläre Ischämie vor? Hierzu zählen sowohl vorübergehende zerebrale Ischämie-Episoden als auch Vorfälle, bei denen die Unterversorgung länger als 24 Stunden anhält.		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0508	Asthma oder COPD	Liegt eine obstruktive Atemwegskrankheit vor?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0509	Chronisches Nierenversagen	Liegt der Kreatininwert chronisch bei über 200 Mikromol pro Liter (= 2,26 mg/dl)?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0510	Lebererkrankung	Liegt eine validierte Diagnose für eine Lebererkrankung vor?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0511	Krebs	Liegt eine validierte Diagnose für eine Krebserkrankung vor?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0512	Demenz	Liegt eine validierte Diagnose für Demenz vor?		
		0 Nein 1 Ja 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.	
L0513	Diabetes	Lag bereits vor dem Krankenhausaufenthalt eine Diagnose für einen Diabetes vor? Wenn ja, geben Sie bitte die Art der Behandlung an.		
		0 Zum Zeitpunkt der Einlieferung war der Diabetes noch nicht bekannt. 1 Patient erhält weder Insulin noch orale Medikation. 2 Patient erhielt bereits vor Einlieferung orale Medikation. 3 Patient erhält Insulin ohne zusätzliche orale Medikation. 4 Patient erhielt bereits vor Einlieferung Insulin und orale Medikation. 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1, 2, 3, 4 oder 9 ein.	
L06	MOBILISATION UND MEDIKATION			1
L0601	Mobilisation - Patient steht auf	Diese Frage bezieht sich auf die Mobilisation des Patienten: Gemeint ist die erste Mobilisation, die nach der Aufnahme in Ihrem Krankenhaus durchgeführt wurde. Der Patient muss - assistiert oder nicht assistiert - aus dem Bett aufstehen können, um zu sitzen, zu stehen oder zu gehen.		
		0 Keine Mobilisation des Patienten (Inklusive Patienten, die Mobilisation abgelehnt haben) 1 Nicht assistierte Mobilisation des Patienten 2 Assistierte Mobilisation des Patienten 3 Mobilisation wurde durchgeführt, ob assistiert oder nicht assistiert ist nicht bekannt 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1, 2, 3 oder 9 ein.	

L0602	Datum und Uhrzeit der Mobilisation	Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Beginns der Mobilisation an.			
		TT:MM:JJJJ	Datum (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011]	Geben Sie das genaue Datum und die genaue Uhrzeit ein.	
		SS:MM	Uhrzeit (SS:MM) [z.B. 16:58]		
		0 Keine genaue Datums- und Uhrzeitangabe, aber innerhalb der ersten 48 Stunden nach Einlieferung. 1 Keine genaue Datums- und Uhrzeitangabe, aber NICHT innerhalb der ersten 48 Stunden nach Einlieferung ODER Datum und Uhrzeit wurden nicht angegeben.	Geben Sie "0" ODER "1" ein.		
L0603	Verwendung von Aspirin oder anderen antithrombotischen Mitteln im Krankenhaus	Sekundärprävention mit Aspirin oder anderen antithrombotischen Mitteln			
		0 Keine Verwendung von Aspirin oder anderen antithrombotischen Mitteln 1 Verwendung von Aspirin oder anderen antithrombotischen Mitteln 2 Patient verweigerte die Behandlung. 3 Kontraindikation - bei Bedarf bitte auswählen und weiter unten genauere Angaben machen. 4 Für Patienten, die im Sterben liegen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. 9 Informationen zur Verwendung von Aspirin oder anderen antithrombotischen Mitteln liegen nicht vor.	Geben Sie eine Zahl zwischen 0 und 9 ein.		
		Bei Kontraindikation bitte im Folgenden den Grund angeben.			
		0 Bekannte Allergie 1 Aktives Magengeschwür 2 Vorgeschichte intrakranieller Blutungen 3 Vorgeschichte gastrointestinaler Blutungen 4 Schwangerschaft und/oder Laktation 5 Blutungsstörungen, z. B. Hämophilie, Willebrand-Jürgens-Syndrom, Thrombozytopenie oder schwere Lebererkrankungen 6 Andere Kontraindikation, die noch nicht genannt wurde 9 Nicht bekannt	Geben Sie die Zahl 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 oder 9 ein.		
L0604	Datum und Uhrzeit der Verwendung von Aspirin oder anderen antithrombotischen Mitteln	Der Zeitpunkt der Verwendung von Aspirin oder anderen antithrombotischen Mitteln			
		TT:MM:JJJJ	Datum (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011]	Geben Sie das genaue Datum und die genaue Uhrzeit an.	
		SS:MM	Uhrzeit (SS:MM) [z.B. 16:58]		
		0 Keine genaue Zeitangabe, aber innerhalb der ersten 24 Stunden nach Einlieferung. 1 Keine genaue Zeitangabe, aber innerhalb der ersten 48 Stunden nach Einlieferung. 9 Keine genaue Datums- und Uhrzeitangabe, aber NICHT innerhalb der ersten 24 Stunden nach Einlieferung ODER Datum und Uhrzeit wurden nicht angegeben.	Geben Sie die Zahl 0, 1 oder 9 ein.		
L07 ENTLASSUNG ODER TOD					1
L0701	Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus ODER Sterbedatum	Bitte geben Sie das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus/Verlegung in ein anderes Krankenhaus an. Wurde der Patient zwischenzeitlich nur aus Behandlungszwecken in ein anderes Krankenhaus verlegt, gilt dies nicht als Entlassungsdatum. Falls der Patient verstorben ist, geben Sie bitte das Sterbedatum an.			
		TT-MM-JJJJ	Entlassungsdatum (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011] 9 Entlassungsdatum nicht bekannt	Geben Sie das genaue Datum oder die Zahl "9" ein.	
		TT-MM-JJJJ	Wenn verstorben, bitte Sterbedatum angeben (TT:MM:JJJJ) [z.B. 23:05:2011] 99 Sterbedatum nicht bekannt	Geben Sie die genaue Uhrzeit oder die Zahl "99" ein.	