

DUQUE DATA COLLECTION FOR ACUTE HIP FRACTURE

ZŁAMANIE BLIŻSZEGO ODCINKA KOŚCI UDOWEJ- zbieranie danych w projekcie DUQuE

| | |
|--|---|
| Definicje | |
| Złamanie bliższego odcinka kości udowej | Złamanie bliższego odcinka kości udowej to złamanie kości udowej w jej bliższej części, w sąsiedztwie stawu biodrowego. |

| | |
|---|--|
| Diagnostic criteria Kryteria włączenia | |
| | <p>Pacjenci w wieku 65 lat i powyżej z co najmniej jednym rozpoznaniem podstawowym z poniżej wymienionych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - złamanie szyjki kości udowej (ICD-10; S72.0 lub ICD-9; 8200-1) - fractura colli femoris - złamanie przezkrętarzowe (ICD-10; S72.1 lub ICD-9; 8202-3) - fractura pertrochanterica - złamanie podkrętarzowe (ICD-10; S72.2 lub ICD-9; 8208-9) fractura subtrochanterica femoris |

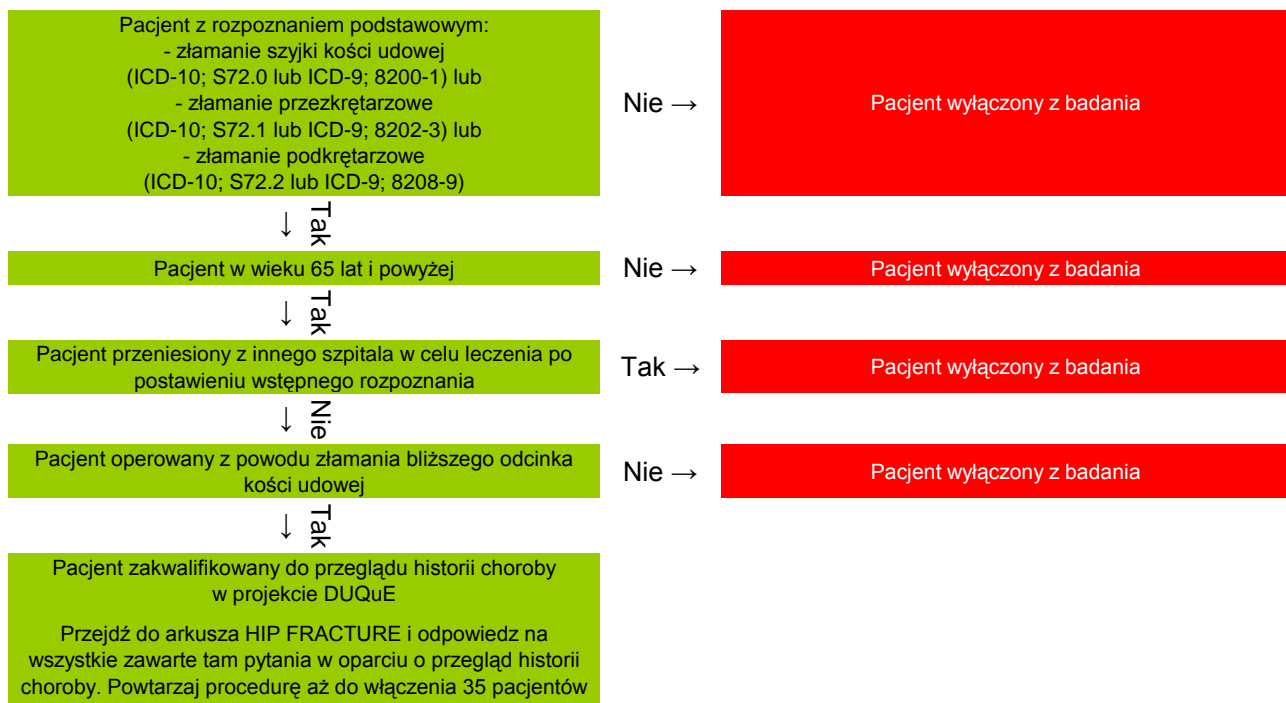
Identyfikacja (wyszukiwanie) historii chorób pacjentów do włączenia do projektu DUQuE

| | |
|---|--|
| Precondition Warunek wstępny (konieczny) | <p>Pacjenci ze złamaniem bliższego odcinka kości udowej stanowią dużą część pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym do szpitala i powinno być dość łatwo ich zidentyfikować. Proszę postępować zgodnie z poniższymi wytycznymi, aby zapewnić włączenie 35 kolejnych (następujących po sobie) pacjentów ze złamaniem bliższego odcinka kości udowej zgodnie z podanymi kryteriami włączającymi i wyłączającymi oraz z zachowaniem całej wartości naukowej projektu DUQuE. Dziękujemy!</p> |
|---|--|

Zidentyfikuj wszystkich pacjentów w wieku 65 lat i powyżej wypisanych ze szpitala z rozpoznaniem podstawowym: złamanie szyjki kości udowej (ICD-10; S72.0 lub ICD-9; 8200-1) LUB złamanie przezkrętarzowe (ICD-10; S72.1 lub ICD-9; 8202-3) LUB złamanie podkrętarzowe (ICD-10; S72.2 lub ICD-9; 8208-9).

Zacznij od ostatniego wypisu ze szpitala i przeglądaj wstecznie pozostałe przypadki.

Odszukaj i przeglądaj historie chorób pacjentów, odpowiadając na kolejne pytania. Przegląd dokumentacji szpitalnej kontynuuj do momentu zakwalifikowania 35 pacjentów do badania. Proszę zapoznać się z "Manual for chart reviewers" w celu uzyskania dalszych informacji na temat doboru próby pacjentów do badania.



| DUQUE DATA COLLECTION SHEET FOR HIP FRACTURE | | | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------|---|--|------------------------|
| Numer (oznaczenie) pola | Nazwa zmiennej | Kategorie odpowiedzi | Definicje i uwagi | Wskazówki dotyczące wpisywania odpowiedzi | |
| K01 INFORMACJE O KRAJU I SZPITALU | | | | | Szpital |
| K0101 | Kraj | | Kraj: proszę wybrać kraj 1 Czechy 2 Wielka Brytania 3 Francja 4 Niemcy 5 Polska 6 Portugalia 7 Hiszpania 8 Turcja | Wpisz kod od 1 do 8 | |
| K0102 | Nazwa szpitala | | Proszę wpisać nazwę szpitala Tekst Proszę wpisać nazwę szpitala | Nazwa szpitala | |
| Numer (oznaczenie) pola | Nazwa zmiennej | Kategorie odpowiedzi | Definicje i uwagi | Wskazówki dotyczące wpisywania odpowiedzi | Patient id ID pacjenta |
| K02 DANE DEMOGRAFICZNE PACJENTA | | | | | 01 |
| K0201 | Data urodzenia | | Proszę podać datę urodzenia pacjenta DD-MM-YYYY Data urodzenia (DD-MM-YYYY) 9 Nie określono / brak danych | Wpisz datę lub kod 9 w przypadku braku danych | |
| K0202 | Płeć pacjenta | | Proszę podać płeć pacjenta 0 Mężczyzna 1 Kobieta 9 Nie określono / brak danych | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| K03 PRZYJĘCIE DO SZPITALA | | | | | 01 |
| K0301 | Data i godzina złamania | | Data i godzina złamania DD-MM-YYYY Data (DD-MM-YYYY) 9 Nie określono / brak daty HH-MM Godzina (HH-MM) 99 Nie określono / brak godziny | Wpisz datę lub kod 9 Wpisz godzinę lub kod 99 | |
| K0302 | Data i godzina przyjęcia do szpitala | | Te pola POWINNY być wypełnione - wszyscy pacjenci powinni mieć odnotowaną datę i godzinę przyjęcia. Pytanie dotyczy pierwszego przyjęcia do szpitala. Nawet jeśli dokładna godzina przyjęcia nie jest znana, należy podać samą datę przyjęcia do szpitala. DD-MM-YYYY Data (DD-MM-YYYY) 9 Data nieokreślona/Brak daty HH-MM Godzina (HH-MM) 99 Godzina nieokreślona/Brak godziny | Wpisz datę lub kod 9 Wpisz godzinę lub kod 99 | |
| K0303 | Izba przyjęć | | Gdzie pacjent spędził większość z pierwszych 24 godzin w szpitalu? Celem pytania jest ustalenie, gdzie udzielono pacjentowi natychmiastowej pomocy. Pytanie dotyczy oddziału, na który pacjent został przyjęty, czy to z Izby Przyjęć czy przekazany bezpośrednio przez pogotowie i gdzie pacjent spędził większość z pierwszych 24 godzin w szpitalu. 0 Szpitalny Oddział Ratunkowy 1 Oddział ortopedyczny | | |

| DUQUE DATA COLLECTION SHEET FOR HIP FRACTURE | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------|---|---|-----------|
| Numer (oznaczenie) pola | Nazwa zmiennej | Kategorie odpowiedzi | Definicje i uwagi | Wskaźniki dotyczące wpisywania odpowiedzi | |
| | | | 2 Oddział/pododdział rehabilitacji lub geriatryczny; Oddział zazwyczaj wykorzystywany dla pacjentów ze złamaniem bliższego odcinka kości udowej, którzy otrzymali już wcześniej wstępne leczenie w innym miejscu, i nie jest zwykle miejscem opieki dla chorych z ostrym złamaniem bliższego odcinka kości udowej, z uwzględnieniem oddziału/pododdziału geriatrycznego | Wpisz kod od 0 do 4 LUB kod 9 | |
| | | | 3 Inny oddział (oddział intensywnej terapii, oddział intensywnej opieki medycznej lub sala wzmożonego nadzoru) LUB złamanie nastąpiło w trakcie w pobytu w szpitalu | | |
| | | | 4 Pacjent spędził większość z pierwszych 24 godzin w Izbie Przyjęć lub na oddziale obserwacyjnym. | | |
| | | | 9 Nie określono/brak danych LUB pacjent zmarł w Izbie Przyjęć w ciągu pierwszych 24 godzin. | | |
| K0304 | Odleżyna przy przyjęciu | | Czy u pacjenta rozpoznano odleżynę? | | |
| | | | 0 Nie | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| | | | 1 Tak | | |
| | | | 9 Nie określono / brak danych | | |
| K04 DANE Z WYWIADU PACJENTA | | | | | 01 |
| K0401 | Zawał serca w przeszłości | | Czy miał wcześniej miejsce zweryfikowany epizod świeżego zawału serca? | | |
| | | | 0 Nie | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| | | | 1 Tak | | |
| | | | 9 Nie określono / brak danych | | |
| K0402 | Dławica piersiowa w przeszłości | | Czy były jakieś objawy niedokrwienia mięśnia sercowego rozwijające się lub istniejące co najmniej 2 tygodnie przed przyjęciem do szpitala i utrzymujące się do momentu hospitalizacji? | | |
| | | | 0 Nie | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| | | | 1 Tak | | |
| | | | 9 Nie określono / brak danych | | |
| K0403 | Niewydolność serca w przeszłości | | Czy kiedykolwiek wcześniej rozpoznano niewydolność serca wymagającą jakiegokolwiek leczenia? | | |
| | | | 0 Nie | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| | | | 1 Tak | | |
| | | | 9 Nie określono / brak danych | | |
| K0404 | Nadciśnienie tętnicze | | Czy pacjent jest leczony z powodu nadciśnienia (farmakologicznie, leczenie dietetyczne lub modyfikacja stylu życia) lub stwierdzono u niego co najmniej dwukrotnie ciśnienie > 140/80 przed przyjęciem do szpitala? | | |
| | | | 0 Nie | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| | | | 1 Tak | | |
| | | | 9 Nie określono / brak danych | | |
| K0405 | Hipercholesterolemia | | Czy pacjent ma zwiększone stężenie cholesterolu w surowicy wymagające leczenia dietetycznego lub farmakologicznego? | | |
| | | | 0 Nie | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| | | | 1 Tak | | |
| | | | 9 Nie określono / brak danych | | |
| K0406 | Choroba tętnic obwodowych | | Czy u pacjenta stwierdzono chorobę tętnic obwodowych - występują objawy choroby lub chorego leczono wcześniej przezskórnie lub chirurgicznie? Proszę uwzględnić chorobę naczyń nerkowych oraz tętniaka aorty. | | |
| | | | 0 Nie | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| | | | 1 Tak | | |
| | | | 9 Nie określono / brak danych | | |

| DUQUE DATA COLLECTION SHEET FOR HIP FRACTURE | | | | | |
|---|--|--|--|---|-----------|
| Numer (oznaczenie) pola | Nazwa zmiennej | Kategorie odpowiedzi | Definicje i uwagi | Wskazówki dotyczące wpisywania odpowiedzi | |
| K0407 | Choroba naczyń mózgu | | Czy u chorego wystąpiło niedokrwienie mózgu? Należy uwzględnić przemijający napad niedokrwienia mózgu, jak również epizody ubytków neurologicznych trwające > 24 godzin. | | |
| | | 0 Nie 1 Tak 9 Nie określono / brak danych | | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| K0408 | Astma lub POChP | | Czy u pacjenta występują astma lub POChP? | | |
| | | 0 Nie 1 Tak 9 Nie określono / brak danych | | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| K0409 | Przewlekła niewydolność nerek | | Przewlekłe stężenie kreatyniny > 200 micromol/L? | | |
| | | 0 Nie 1 Tak 9 Nie określono / brak danych | | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| K0410 | Choroba wątroby | | Zweryfikowane rozpoznanie choroby wątroby? | | |
| | | 0 Nie 1 Tak 9 Nie określono / brak danych | | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| K0411 | Choroba nowotworowa | | Zweryfikowane rozpoznanie choroby nowotworowej? | | |
| | | 0 Nie 1 Tak 9 Nie określono / brak danych | | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| K0412 | Demencja | | Zweryfikowane rozpoznanie demencji? | | |
| | | 0 Nie 1 Tak 9 Nie określono / brak danych | | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| K0413 | Cukrzyca | | Proszę ocenić chorego i jego leczenie pod kątem cukrzycy rozpoznanej przed przyjęciem | | |
| | | 0 Niestwierdzenie cukrzycy u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala. 1 Chory na cukrzycę nie leczony insuliną i lekami doustnymi 2 Chory na cukrzycę leczony doustnie przed przyjęciem do szpitala 3 Chory na cukrzycę leczony insuliną, nie przyjmujący dodatkowo leków doustnych 5 Chory na cukrzycę przyjmujący insulinę i leki doustne przed przyjęciem do szpitala. 9 Nie określono / brak danych | | Wpisz kod od 0 do 5 LUB kod 9 | |
| K05 OPERACJA, URUCHOMIENIE I LECZENIE FARMAKOLOGICZNE | | | | | 01 |
| K0501 | Data i godzina rozpoczęcia operacji (nacięcia) | | Data i godzina <u>nacięcia</u> podczas operacji z powodu złamania bliższego odcinka kości udowej POWINNY być odnotowane | | |
| | | DD-MM-YYYY | Data (DD:MM:YYYY) 9 Nie określono / brak daty | Wpisz datę lub kod 9 | |
| | | HH:MM | Godzina (HH:MM) 99 Nie określono / brak godziny | Wpisz godzinę lub kod 99 | |
| K0502 | Data i godzina zakończenia operacji | | Data i godzina <u>zakończenia operacyjnego</u> z powodu złamania bliższego odcinka kości udowej - POWINNY być odnotowane | | |
| | | DD-MM-YYYY | Data (DD:MM:YYYY) 9 Nie określono / brak daty | Wpisz datę lub kod 9 | |
| | | HH:MM | Godzina (HH:MM) 99 Nie określono / brak godziny | Wpisz godzinę lub kod 99 | |
| K0503 | Data i godzina uruchomienia po operacji | | Data rozpoczęcia uruchomienia po operacji POWINNA być odnotowana | | |
| | | DD-MM-YYYY | Data (DD:MM:YYYY) | Wpisz datę i godzinę, lub jeśli nie określone kod 0 lub 9 | |
| | | HH:MM | Godzina (HH:MM) | | |
| 0 Dokładna godzina nieokreślona, ale w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu 9 brak daty i godziny | | | | | |

| DUQUE DATA COLLECTION SHEET FOR HIP FRACTURE | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| Numer (oznaczenie) pola | Nazwa zmiennej | Kategorie odpowiedzi | Definicje i uwagi | Wskaźniki dotyczące wpisywania odpowiedzi | |
| K0504 | Uruchomienie po zabiegu - Pacjent wstaje z łóżka | Dotyczy pooperacyjnego uruchomienia pacjenta w Twoim szpitalu. Aby uznać że pacjent został uruchomiony, musi on z pomocą lub bez pomocy przyjąć pozycję siedzącą, wstać lub chodzić. | | | |
| | | 0 | Pacjent nie był uruchomiony (uwzględnić również sytuację, gdy pacjent nie zgodził się na uruchomienie) | Wpisz kod od 0 do 3 LUB kod 9 | |
| 1 | Pacjent uruchomiony bez pomocy | | | | |
| 2 | Pacjent uruchomiony z pomocą | | | | |
| 3 | Pacjent uruchomiony, ale nie określono czy z pomocą czy bez niej | | | | |
| 9 | Not specified Nie określono / brak danych | | | | |
| K0505 | Profilaktyka z zastosowaniem antybiotyku w szpitalu (okołooperacyjna) | Profilaktyka z zastosowaniem antybiotyków (okołooperacyjna) | | | |
| | | 0 | Tak, rozpoczęto profilaktykę z zastosowaniem antybiotyków | Wpisz kod od 0 do 2 LUB kod 9 | |
| 1 | Nie zastosowano profilaktyki antybiotykowej | | | | |
| 2 | Pacjent zmarł lub został przeniesiony do innego szpitala | | | | |
| 9 | Nie określono / brak danych | | | | |
| K0506 | Data i godzina rozpoczęcia profilaktyki antybiotykowej | Jeśli odpowiedź na powyższe pytanie brzmi tak (kod 0), podaj datę i godzinę podania antybiotyku? | | | |
| | | DD-MM-YYYY | Data (DD:MM:YYYY) | Wpisz datę i godzinę, lub jeśli nie określone kod 0 lub 9 | |
| | | HH:MM | Godzina (HH:MM) | | |
| | | 0 | Dokładna godzina nieokreślona, ale przed operacją z powodu złamania bliższego odcinka kości udowej | | |
| | | 9 | Nie określono / brak daty i godziny | | |
| | | | | | |
| K0507 | Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zastosowana w szpitalu | Dotyczy profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zastosowanej w Twoim szpitalu | | | |
| | | 0 | Zastosowano profilaktykę żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej | Wpisz 0, 1 lub 9 | |
| | | 1 | NIE zastosowano profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej | | |
| | | 9 | Nie określono / brak danych | | |
| | | Proszę określić rodzaj profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej | | | |
| 0 | Heparyna niefrakcjonowana (UFH) | Wpisz kod od 0 do 3 LUB kod 9 | | | |
| 1 | Heparyna drobnocząsteczkowa (LMWH) | | | | |
| 2 | Fondaparynuks | | | | |
| 3 | Profilaktyka mechaniczna np. przerywany ucisk pneumatyczny kończyny dolnej lub stopy, pończochy o stopniowanym ucisku | | | | |
| 9 | Nie określono / brak danych | | | | |
| K0508 | Data i godzina rozpoczęcia profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej | Data i godzina rozpoczęcia profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej | | | |
| | | DD-MM-YYYY | Data (DD:MM:YYYY) | Wpisz datę lub kod 9 | |
| | | 9 | Data nieokreślona/Brak daty | | |
| | | HH:MM | Godzina (HH:MM) | Wpisz godzinę lub kod 99 | |
| 99 | Godzina nieokreślona/Brak godziny | | | | |
| K06 WYPIS LUB ZGON | | | | | |
| K0601 | Data wypisu lub zgonu | Data wypisu powinna być podana dla wszystkich pacjentów. Należy uwzględnić datę przeniesienia do innego szpitala (z wyjątkiem pacjentów przeniesionych do innego szpitala np. na jeden dzień w celu przeprowadzenia określonego leczenia). Datę zgonu należy wpisać TYLKO w przypadku zgonu w szpitalu. | | | |
| | | DD-MM-YYYY | Data (DD:MM:YYYY) | Wpisz datę lub kod 9 | |
| | | 9 | Nie określono / brak daty | | |
| DD-MM-YYYY | Godzina (HH:MM) | Wpisz godzinę lub kod 99 | | | |
| 99 | Nie określono / brak godziny | | | | |

01