

Bitte jeden Tag während des Krankenhausaufenthaltes ausfüllen!

Tag Nr.:

Datum:

Patientennummer:

1. Patientendaten

Vorname:.....

Nachname:

2. Patientenzustand (wenn untersucht)

Blutdruck (mmHg):.....

Herzrate (/Minute):.....

Atemfrequenz (/Minute):.....

Körpertemperatur (°C):.....

Sauerstoffsättigung (%):.....

Vorherige O₂ Therapie: Ja/nein

Abdomineller Druckschmerz: ja / nein

Abdominelle Abwehrspannung: ja / nein

Ikterus: ja / nein

3. Laborparameter (wenn gemessen)

Amylase (U/l)	
Lipase (U/l)	
Leukozyten (G/l)	
Erythrozyten (T/l)	
Hemoglobin (g/l)	
Hematokrit (%)	
Thrombozyten (G/l)	
Serum Glucose (mmol/l)	
Blut-Harnstoff-Stickstoff BUN (mmol/l)	
Kreatinin (umol/l)	
eGFR	
C-reaktives Protein (mg/l)	
ASAT/GOT (U/l)	
Lactat Dehydrogenase LDH (U/l)	
Kalzium (mmol/l)	

Nur arterielle Blutgaswerte sollten erhoben werden.

Bitte markieren Sie den Zustand in dem die Blutgase ermittelt wurden:

Sauerstoff-Therapie: ja/nein

Natrium (mmol/l)	
Kalium (mmol/l)	
Gesamteiweiß (g/l)	
Albumin (g/l)	
Cholesterin (mmol/l)	
Triglyceride (mmol/l)	
ALAT/GPT (U/l)	
Gamma GT (U/l)	
Totales Bilirubin (umol/l)	
Direktes/Konjugiertes Bilirubin (umol/l)	
Alkalische Phosphatase (U/l)	
BSR (mm/h)	
Procalcitonin (ng/ml)	
IgA (g/l)	
IgM (g/l)	
IgG (g/l)	
IgG4 (g/l)	
CA 19-9 (U/ml)	
PaO ₂ (mmHg)	
HCO ₃ (mmol/l)	
sO ₂ (%)	
Schweiß Cl (mmol/l)	
Urin Amylase	
Urin Lipase	
Urin Kreatinin	
(andere)	

4. Bildgebende Verfahren (wenn durchgeführt)

Abdominelle Ultrasonographie: ja nein

Beschreibung:.....
.....

Abdominelles Röntgen: ja nein

Beschreibung:.....
.....

Röntgen Thorax: ja nein

Beschreibung:.....
.....

Thorax CT: ja nein

Beschreibung:.....
.....

Abdominelles CT: ja nein

Beschreibung:.....
.....

5. Therapie

Orale Ernährung ja nein
I.V. Flüssigkeit ja nein
 Wenn ja: Typ der Flüssigkeit.....
 Menge (ml).....

Enterale Ernährung? ja nein
 Wenn ja: naso-gastrisch / naso-jejunal
 Nahrungstyp:
 Menge:..... (ml)
 Verdünnung: ja nein

Schmerzbehandlung: ja nein
 Wenn ja:
 Name:..... aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:..... aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:..... aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Antibiotische Therapie: ja nein
 Wenn ja:
 Name:..... aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:..... aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:..... aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Insulin: ja nein
 Wenn ja: Name des Medikaments:.....
 totale Dosis der Medikation:.....

Intensivpflege: ja nein
 Wenn ja: namentlich (Beatmung, Vasopressor Therapie):.....

andere:
 Wenn ja: Bitte beschreiben:.....

6. Interventionen, endoskopische Behandlung: ja nein

Wenn ja: ERCP-EST/endobiliärer Stent/Wirsung stent/Zysten-Drainage
 Stent: 1 Plastik-Stent/mehrere Plastik-Stents/unbeschichteter
 Metallstent/beschichteter Metallstent
 Frühe Komplikationen:
 Keine/Blutung/Perforation
 ERCP: ja nein
 Wenn ja:
 Erfolgreiche biliäre Kanulation: ja nein wenn ja: Notizen:.....
 Precut: ja nein
 wenn ja: Nadelmesser/Precut Papillotomie
 EST: ja nein wenn ja: biliär/pankreatisch
 Steinentfernung: ja nein
 Stent: ja nein wenn ja: Metall/Plastik
 Wie viel Stück? Länge (cm)? Durchmesser(Fr)?
 Pankreasgang-Füllung? Ja nein wenn ja: Notizen:.....

7. Komplikationen

Bitte pankreatische Komplikationen nur angeben, wenn diese mittels bildgebenden Verfahren am Aufnahmetag nachgewiesen wurden.

Pankreatische: ja nein keine Daten
 wenn ja, Flüssigkeitsansammlungen /Pseudozysten/Nekrosen/Diabetes
 Organversagen: ja nein
 wenn ja, Lunge / Herz / Niere /andere
 Dauer des Organversagens: <48 Stunden >48 Stunden
 Tod: ja nein
 Wenn ja: exakter Zeitpunkt des Todes:.....z.B. 10.25 oder 22.45

Notizen:

.....

Datum: Jahr: Monat: Tag:

Name des Arztes:**Signatur:**