

QUIPS Prozess- Parameter

DEMOGRAPHIE

D1 Nummer: _____ D6 Station: _____

D2 Geschlecht: männlich weiblich

D3 Alter: 18-20 21-30 31-40 41-50 51-60
 61-70 71-80 81-90 91-100 über 100 nicht erhebbar

D4 Kalenderwoche OP: ____ im Jahr: ____

D5 Post-OP-Tag: 1 2 3 4 5 nicht erhebbar

D7 OP-Dauer: OP-Schnitt: ____ : ____ Uhr OP-Naht: ____ : ____ Uhr
 OP über zwei Tage nicht erhebbar

D8 ASA-Status: 1 2 3 4 nicht erhebbar

D9 OPS (OP-Verschlüsselung)

D9.1 _____ D9.2 _____ D9.3 _____ D9.4 _____ D9.5 _____ nicht erhebbar

D10 Einschluss des Patienten nicht möglich aus folgendem Grund:

- Patient befindet sich auf einer anderen Station
- Patient lehnt die Befragung ab
- Patient ist verwirrt/hat Verständnisschwierigkeiten
- Patient ist sediert / schläft
falls ja, bitte auswählen:
 - leicht schläfrig
 - häufig müde, leicht erweckbar
 - tief schlafend, schwer erweckbar (Bitte unbedingt Prozessparameter erheben!)
 - nicht erweckbar (Bitte unbedingt Prozessparameter erheben!)
- Patient ist nicht anwesend / bereits entlassen
- Patient hat bereits teilgenommen
- Patient spricht kein Deutsch
- Sonstige Gründe

D11 Hat der Patient vor seinem Krankenhausaufenthalt Opiode gegen chronische Schmerzen genommen?

ja nein nicht erhebbar

NARKOSE

N1 Art der Anästhesie	N2 falls Regionalanästhesie	N3 falls rückenmarksfert
<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> nur Allgemeinanästhesie (AA)	<input type="checkbox"/> rückenmarksnah	<input type="checkbox"/> Plexus brachialis
<input type="checkbox"/> nur Regionalanästhesie (RA)	<input type="checkbox"/> rückenmarksfert	<input type="checkbox"/> N.-ischiiadicus
<input type="checkbox"/> AA + RA	<input type="checkbox"/> Beides	<input type="checkbox"/> N.-femoralis
<input type="checkbox"/> nur Lokalanästhetika		<input type="checkbox"/> paravertebral
		<input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> TAB
		<input type="checkbox"/> andere

N4 Intraoperative Medikation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
PONV- Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundinfiltration im OP-Gebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraoperativ Remifentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraoperativ Clonidin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraoperativ Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FREIFELDER (für eigene Fragestellungen können Sie bis zu 9 Felder nutzen)

F1	F5
F2	F6
F3	F7
F4	F8

PRÄMEDIKATION Was wurde zur Prämedikation gegeben?

P1 Nicht-Opioide	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Celecoxib	<input type="checkbox"/>			
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etoricoxib	<input type="checkbox"/>			
Flupirtin	<input type="checkbox"/>			
Gabapentin	<input type="checkbox"/>			
Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Metamizol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen	<input type="checkbox"/>			
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/>		
Pregabalin	<input type="checkbox"/>			

P2 Opioide	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
	p.o. unretard	p.o. retard.	i.v.	i.m.	supp.	s.c.
Buprenorphin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Fentanyl	<input type="checkbox"/> ** µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg
Hydromorphon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Morphin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Oxycodon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Oxycodon/(Naloxon)*		<input type="checkbox"/> mg				
Pethidin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Piritramid			<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Sufentanil	<input type="checkbox"/> *** µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg
Tapentadol		<input type="checkbox"/> mg				
Tilidin/(Naloxon)*	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				
Tramadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

* Dosisangaben beziehen sich auf das Opioide

**mucosale Applikation

*** sublinguale Applikation

AUFWACHRAUM Welche systemische Schmerztherapie wurde im Aufwachraum durchgeführt?

A1 Nicht-Opioide	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Celecoxib	<input type="checkbox"/>			
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etoricoxib	<input type="checkbox"/>			
Flupirtin	<input type="checkbox"/>			
Gabapentin	<input type="checkbox"/>			
Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Metamizol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen	<input type="checkbox"/>			
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/>		
Pregabalin	<input type="checkbox"/>			

A2 Opioide	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
	p.o. unretard	p.o. retard.	i.v.	i.m.	supp.	s.c.
Buprenorphin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Fentanyl	<input type="checkbox"/> ** µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg
Hydromorphon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Morphin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Oxycodon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Oxycodon/(Naloxon)*		<input type="checkbox"/> mg				
Pethidin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Piritramid			<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Sufentanil	<input type="checkbox"/> *** µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg
Tapentadol		<input type="checkbox"/> mg				
Tilidin/(Naloxon)*	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				
Tramadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

* Dosisangaben beziehen sich auf das Opioide

**mucosale Applikation

*** sublinguale Applikation

A3 Ko-Analgetika	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
	p.o.	i.v.	i.m.	supp.	s.c.
Clonidin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Ketamin		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Lidocain		<input type="checkbox"/> mg			

A4 Mit PCA	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar / ** PCA Opioideverbrauch bitte in A2 eintragen		
<input type="checkbox"/> PCIA (intravenös)**	<input type="checkbox"/> PCEA (epidural)	<input type="checkbox"/> PCRA (regional)	<input type="checkbox"/> PCA (sublingual)**	

STATION Welche systemische Schmerztherapie wurde auf der Station durchgeführt?

S1 Nicht-Opioid	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Celecoxib	<input type="checkbox"/>			
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etoricoxib	<input type="checkbox"/>			
Flupirtin	<input type="checkbox"/>			
Gabapentin	<input type="checkbox"/>			
Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Metamizol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen	<input type="checkbox"/>			
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/>		
Pregabalin	<input type="checkbox"/>			

S2 Opioid	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
Applikation	p.o. unretard	p.o. retard.	i.v.	i.m.	supp.	s.c.
Buprenorphin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Fentanyl	<input type="checkbox"/> ** µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg
Hydromorphon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Morphin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Oxycodon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Oxycodon/(Naloxon)*		<input type="checkbox"/> mg				
Pethidin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Piritramid			<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Sufentanil	<input type="checkbox"/> *** µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg
Tapentadol		<input type="checkbox"/> mg				
Tilidin/(Naloxon)*	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				
Tramadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

* Dosisangaben beziehen sich auf das Opioid

**mucosale Applikation

*** sublinguale Applikation

S3 Ko-Analgetika	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.	s.c.
Clonidin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Ketamin		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Lidocain		<input type="checkbox"/> mg			

S4 Mit PCA	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar / ** PCA Opioidverbrauch bitte in S2 eintragen	
<input type="checkbox"/> PCIA (intravenös)**	<input type="checkbox"/> PCEA (epidural)	<input type="checkbox"/> PCRA (regional)	<input type="checkbox"/> PCA (sublingual)**

Welche Regionalanästhesie (nur Katheterv Verfahren) wurde seit der Operation durchgeführt?

S5 Regionalanästhesie	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> rückenmarksnahe Regionalanästhesie		<input type="checkbox"/> rückenmarksferne Regionalanästhesie
S5a falls rückenmarksfern		
<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<input type="checkbox"/> Plexus brachialis		
<input type="checkbox"/> N.-ischiadicus		
<input type="checkbox"/> N.-femoralis		
<input type="checkbox"/> paravertebral		
<input type="checkbox"/> LIA		
<input type="checkbox"/> andere		

Ist eine Individuelle Therapieanordnung für die postoperative Schmerztherapie auf der Station vorhanden?

S6 Therapieanordnung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Ist eine Schmerzdokumentation (z.B. Kurve) auf der Station erfolgt?

S7 Schmerzdokumentation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------