

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 ist nicht anwesend / bereits entlassen
- Patient lehnt die Befragung ab
- Patient hat bereits teilgenommen
- Patient ist verwirrt/hat Verständnisschwierigkeiten
- Patient spricht kein Deutsch
- 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!)

Sonstige Gründe

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

ja nein nicht erhebbar

D12 In welcher Sprache hat der Patient den Ergebnisfragebogen ausgefüllt?

Deutsch Arabisch Türkisch nicht erhebbar

NARKOSE

N1 Art der Anästhesie	N2 falls Regionalanästhesie	N3 falls rückenmarksfern
<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"/> rückenmarksfern	<input type="checkbox"/> N.-ischiadicus
<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			
PONV- Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Wundinfiltration im OP-Gebiet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Intraoperativ Remifentanyl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Intraoperativ Clonidin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Intraoperativ Ketamin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar

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"/>			
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
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	<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"/>			
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
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	<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.	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
Lidocain		<input type="checkbox"/> mg		

A4 Mit PCA	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar / ** PCA Opioidverbrauch 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-Opioide	☐ keins gegeben		☐ 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"/>			
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 Opioide	☐ keins gegeben		☐ 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
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	<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

S3 Ko-Analgetika	☐ keins gegeben		☐ nicht erhebbar	
	p.o.	i.v.	i.m.	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
Lidocain		<input type="checkbox"/> mg		

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

Welche Regionalanästhesie (nur Katheterverfahren) wurde seit der Operation durchgeführt?

S5 Regionalanästhesie	☐ keine erhalten	☐ 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
-------------------------	-----------------------------	-------------------------------