

QUIPSambulant Prozess-Parameter

DEMOGRAPHIE (Pflichtfelder)

D1 Nummer: _____ **D6 Klinik/Praxis:** _____

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: 0 1 2 3 4 nicht erhebbar

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

D8 Entlassungszeit aus dem Aufwachraum: ____ : ____ Uhr 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 lehnt die Befragung ab
- Patient spricht kein Deutsch
- Sonstige Gründe

D11 Hat der Patient vor seiner Operation Opiode gegen chronische Schmerzen genommen?

- ja nein nicht erhebbar

D12 Wie wurde der Fragebogen erhoben?

<input type="checkbox"/> Per direktem Interview (Praxis)	<input type="checkbox"/> Per Telefon-Interview	<input type="checkbox"/> Per Papierbogen (in der Praxis)	<input type="checkbox"/> Per Papierbogen (Zuhause)	<input type="checkbox"/> Per Webeingabe
--	--	--	--	---

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

F1	
F2	
F3	
F4	
F5	
F6	
F7	
F8	
F9	

Die folgenden Angaben sind fakultativ

PRÄVENTIVE ANALGETIKAGABE Was wurde zur prä- und intraoperativ gegeben?

P1 Nicht-Opioide	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen	<input type="checkbox"/>				
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/>			
Pregabalin	<input type="checkbox"/>				

P2 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	<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

NARKOSE

N1 Art der Anästhesie	N2 falls Regionalanästhesie	N3 falls rückenmarksnah
<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"/> rückenmarksnah	<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	<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"/>

AUFWACHRAUM Welche systemische Schmerztherapie wurde im Aufwachraum durchgeführt?

A1 Nicht-Opioide	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen	<input type="checkbox"/>				
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/>			
Pregabalin	<input type="checkbox"/>				

AUFWACHRAUM Welche systemische Schmerztherapie wurde im Aufwachraum durchgeführt?

A2 Opioid	☐ 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 Opioid

**mucosale Applikation

*** sublinguale Applikation

A3 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			

A4 Mit PCA	☐ keine erhalten	☐ 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)**	

ZUHAUSE/PRAXIS Welche systemische Schmerztherapie wurde nach der Operation durchgeführt?

H1 Nicht-Opioid	☐ 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"/>			

H2 Opioid	☐ 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 Opioid

**mucosale Applikation

*** sublinguale Applikation

H3 Therapieanordnung				Anordnung/Aushändigung	
Schriftl. Anordnung für zu Hause	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	<input type="checkbox"/> Anästhesist	<input type="checkbox"/> Operateur
Empfehlung/Überweisung an den Hausarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	<input type="checkbox"/> Anästhesist	<input type="checkbox"/> Operateur

Ist eine Schmerzdokumentation (z.B. Tagebuch) zu Hause erfolgt?

H4 Schmerzdokumentation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein