

QUIPS-GEBURT PROZESSPARAMETER

DEMOGRAPHIE

D1 Nummer: _____

D2 Station: _____

D3 Alter: __ __

D4 Kalenderwoche Geburt: __ __ **im Jahr:** __ __ __ __

D5 Schwangerschaftswoche der Entbindung: __ __

D6 Geburtshilfliche Vorgeschichte:

ja nein nicht erhebbar

Anzahl der Schwangerschaften: __ Anzahl der Geburten: __

Datum der letzten Entbindung: __ __ - __ __ - __ __ __ __

Art der letzten Entbindung: Spontan vaginal operativ Sektio nicht erhebbar

D8 Einschluss der Patientin nicht möglich ja nein nicht erhebbar

aus folgendem Grund:

- Patientin befindet sich auf einer anderen Station
- Patientin ist nicht anwesend / bereits entlassen
- Patientin lehnt die Befragung ab
- Patientin hat bereits teilgenommen
- Patientin ist verwirrt/hat Verständnisschwierigkeiten

Patientin spricht kein Deutsch

Patientin ist sediert / schläft

falls ja, bitte auswählen:

- leicht schläfrig
- häufig müde, leicht erweckbar
- tief schlafend, schwer erweckbar
- nicht erweckbar

Sonstige Gründe

D9 Hat die Patientin vor ihrem Krankenhausaufenthalt Opiode gegen chronische Schmerzen genommen?

ja nein nicht erhebbar

GEBURT

G1 Geburtsdaten:

Blasensprung: natürlich instrumentell nicht erhebbar

Phase der Geburt	Nicht erhebbar	Datum	Zeit
Blasensprung	<input type="checkbox"/>		
Wehenbeginn	<input type="checkbox"/>		
Vollständiger Muttermund	<input type="checkbox"/>		
Geburt	<input type="checkbox"/>		
Nachgeburt	<input type="checkbox"/>		

G2 Einleitung

ja nein nicht erhebbar

- Einleitungsbeginn:

___ - ___ - ___ / ___ : ___ Uhr

Indikation: nicht erhebbar

<input type="checkbox"/> Terminüberschreitung
<input type="checkbox"/> Kindliche Indikation
<input type="checkbox"/> Mütterliche Indikation
<input type="checkbox"/> Wunsch der Mutter
<input type="checkbox"/> Vorzeitiger Blasensprung

- Einleitungsmethode:

- nicht erhebbar
- Prostaglandine Dosis total _____ mg (Gesamtdosis in mg z.B. 4x25µg Misoprostol=0,1mg)
 - Misoprostol Oral vaginal
 - Dinoproston Gel vag. Band (Propess®)
- Oxytocin
- Ballon
- Cocktail
- Andere _____

G3 Lage und Einstellung des Kindes zur Geburt

nicht erhebbar

Stellung I II Dorsoanterior Dorsoposterior

Einstellung: vHHL hHHL VHL BEL Andere _____

G4 Komplikation bei Nachgeburt ohne Geburtsverletzungen:

ja nein nicht erhebbar

Blutung Unvollständige Plazenta Plazenta accreta

Behandlung Komplikation Nachgeburt: Konservativ/Medikamentös Operativ

G5 Vaginal operative Entbindung

ja nein nicht erhebbar

Forceps Vakuumextraktion Andere _____

Indikation für operative Entbindung:

<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> Kindliche Indikation
<input type="checkbox"/> Mütterliche Indikation
<input type="checkbox"/> Geburtsstillstand

G6 Geburtsverletzung

ja nein nicht erhebbar

- Schürfung
- Labienriss
- Scheidenriss
- Dammriss I Dammriss II Dammriss III Dammriss IV
- Hoher Scheidenriss
- Cervixriss Andere: _____

G7 Episiotomie

ja nein nicht erhebbar

Lateral Medial Mediolateral Andere _____

G8 Kindliches Outcome

Geburtsgewicht: _____ g Geburtslänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

APGAR-Score nicht erhebbar 1. Minute ____ 5. Minute ____ 10. Minute ____

Aufnahme des Kindes in der Neonatologie

ja nein nicht erhebbar

G9 Stillen

ja nein nicht erhebbar

G10 Beleghebamme

ja nein nicht erhebbar

G11 Oxytocin sub partu

ja nein nicht erhebbar

Dosis total _____ IE

Während Eröffnungsperiode Während Austreibungsperiode Während Nachgeburt

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

F1	F5
F2	F6
F3	F7
F4	F8

SCHMERZMITTEL UNTER DER GEBURT Was wurde unter der Geburt gegeben?

ERÖFFNUNGSPHASE

E1 Nicht-Opioide	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Butylscopolamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metamizol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2 Inhalation Analgesie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Distickstoffmonoxid (Lachgas)	<input type="checkbox"/>
Fluran oder Fluran-Derivat	<input type="checkbox"/>

E3 Opioid	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar						
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	s.c.	i.th.	epidural	
Buprenorphin	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	
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	
Nalbuphine	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	
Pentazocine	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> mg	
Piritramid	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	
Meptazinol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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	

AUSTREIBUNGSPHASE

A1 Nicht-Opioide	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Butylscopolamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metamizol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Inhalation Analgesie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Distickstoffmonoxid (Lachgas)	<input type="checkbox"/>		
Fluran oder Fluran-Derivat	<input type="checkbox"/>		

A3 Opioide	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	s.c.	i.th.	epidural
Buprenorphin	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg
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
Nalbuphine	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Pentazocine	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> mg
Piritramid	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg
Meptazinol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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

NACHGEBURTSPHASE

N1 Nicht-Opioide	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Butylscopolamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metamizol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N2 Inhalation Analgesie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Distickstoffmonoxid (Lachgas)	<input type="checkbox"/>		
Fluran oder Fluran-Derivat	<input type="checkbox"/>		

N3 Opioide	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	s.c.	i.th.	epidural
Buprenorphin	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg
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
Nalbuphine	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Pentazocine	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> mg
Piritramid	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg
Meptazinol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<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
Remifentanil	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

REGIONALANÄSTHESIE

Welche Regionalanalgesie wurde WÄHREND der Geburt durchgeführt?

R1 Regionalanalgesie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> rückenmarksnahe Regionalanästhesie (PDA)	<input type="checkbox"/> Peripherer Block (z.B. Pudendusblock)		

Welches Lokalanästhetikum wurde für die Regionalanästhesie verwendet?

R2 Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> Bupivacain mg	<input type="checkbox"/> Ropivacain mg		

Wie wurde die Regionalanästhesie aufrechterhalten?

R3 Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> Arztbodyolus	<input type="checkbox"/> kontinuierliche Gabe		
<input type="checkbox"/> PCEA	<input type="checkbox"/> PIEB		

GEBURTSVERLETZUNGEN

Unter welcher Analgesie wurden die Geburtsverletzungen versorgt?

V1 Versorgung Geburtsverletzung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> rückenmarksnahe Regionalanästhesie (PDA)	<input type="checkbox"/> Peripherer Block (z.B. Pudendusblock)
<input type="checkbox"/> Wundinfiltration Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Wundinstillation / Spray Lokalanästhetika
<input type="checkbox"/> Vollnarkose	<input type="checkbox"/> Lachgas (Livopan)

STATION Welche systemische Schmerztherapie wurde auf der Station durchgeführt?

S1 Nicht-Opioide	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butylscopolamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butylscop + Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2 Opioid	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar					
Applikation	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"/>	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Morphin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Oxycodon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Oxycodon/(Naloxon)*	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>				
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
Tilidin/(Naloxon)*	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>				
Tramadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

S3 Mit PCA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> PCIA (intravenös)	<input type="checkbox"/> PCEA (epidural)

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

S4 Therapieanordnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar
-----------------------------	---

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

S5 Schmerzdokumentation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar
--------------------------------	---

*Dosisangaben beziehen sich auf das Opioid