

# QUIPSinfant Prozess-Parameter

## DEMOGRAPHIE

**D1 Nummer:** \_\_\_\_\_

(Hier bitte nur die Nummer eintragen, die für diesen Datensatz bei der **webbasierten** Eingabe des Fragebogens generiert wird)

**D6 Station:** \_\_\_\_\_

**D2 Geschlecht:**  männlich  weiblich

**D3 Alter in Jahren:**  4  5  6  7  8  9  
 10 – 12  13 – 14  15 – 16  17 – 18  nicht erhebbar

**D3.1 Gewicht:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kg **D3.2 Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**D4 Kalenderwoche der OP:** \_\_\_\_\_ /Jahr \_\_\_\_\_

**D5 Post-OP-Tag:**  0  1  2  3  4  5  nicht erhebbar

**D7 OP-Dauer:** OP-Schnitt: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ OP-Naht: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  nicht erhebbar

OP über zwei Tage

**D8 ASA-Status:**  1  2  3  4  nicht erhebbar

**D9 OPS (OP-Verschlüsselung)**  nicht erhebbar

**D9.1:** \_\_\_\_\_ **D9.2:** \_\_\_\_\_ **D9.3:** \_\_\_\_\_ **D9.4:** \_\_\_\_\_ **D9.5:** \_\_\_\_\_

### D10 Einschluss des Patienten nicht möglich aus folgendem Grund:

- Patient befindet sich auf einer anderen Station
- Patient ist nicht anwesend / bereits entlassen
- Patient/ Eltern lehnt/en die Befragung ab
- Patient/ Eltern sprechen kein/ schlecht Deutsch
- Patient ist verwirrt / hat Verständnisschwierigkeiten
- Patient ist sediert / schläft (falls ja, bitte auswählen)
  - leicht schläfrig
  - häufig müde, leicht erweckbar
  - tief schlafend, schwer erweckbar
  - nicht erweckbar
- Sonstige Gründe

## NARKOSE

N 1 Narkosevorbereitung		N 2 Narkoseeinleitung		N 5 Medikation PONV-Prophylaxe	
<input type="checkbox"/>	nicht erhebbar	<input type="checkbox"/>	nicht erhebbar	<input type="checkbox"/>	nicht erhebbar <input type="checkbox"/> keins gegeben
<input type="checkbox"/>	keins gegeben	<input type="checkbox"/>	intravenös	<input type="checkbox"/>	Dexamethason
<input type="checkbox"/>	EMLA-Salbe	<input type="checkbox"/>	inhalativ (Maske)	<input type="checkbox"/>	DHB (Droperidol)
<input type="checkbox"/>	Amethocain-Gel	<input type="checkbox"/>	rektal	<input type="checkbox"/>	Dimenhydrinat (Vomex)
N 3 Art der Anästhesie		N 4 falls RA		<input type="checkbox"/>	Granisetron
<input type="checkbox"/>	nicht erhebbar	<input type="checkbox"/>	nicht erhebbar	<input type="checkbox"/>	Metoclopramid
<input type="checkbox"/>	Allgemeinanästhesie (AA)	<input type="checkbox"/>	rückenmarksnah	<input type="checkbox"/>	Ondansetron
<input type="checkbox"/>	Regionalanästhesie (RA)	<input type="checkbox"/>	rückenmarksfern	<input type="checkbox"/>	Tropisetron
<input type="checkbox"/>	AA + RA	<input type="checkbox"/>	beides	<input type="checkbox"/>	sonstige

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

<b>F1</b>	<b>F5</b>
<b>F2</b>	<b>F6</b>
<b>F3</b>	<b>F7</b>
<b>F4</b>	<b>F8</b>

## PRÄMEDIKATION

<b>P 1 Sedativum</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<b>Applikation</b>	<b>p.o.</b>	<b>i.v.</b>	<b>rektal</b>	<b>s.c.</b>	
Chloralhydrat	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg		
Diazepam	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Midazolam	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

  

<b>P 2 Nicht- Opioid</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<b>Applikation</b>	<b>p.o.</b>	<b>i.v.</b>	<b>rektal</b>	<b>s.c.</b>	
Diclofenac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Diclofenac/Orphenadrin		<input type="checkbox"/> mg			
Ibuprofen	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		
Ketoprofen	<input type="checkbox"/> mg				
Ketorolac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	
Metamizol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Paracetamol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

<b>P 3 Opioid</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben			<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<b>Applikation</b>	<b>p.o. unretard</b>	<b>p.o. retard</b>	<b>i.v.</b>	<b>rektal</b>	<b>s.c.</b>	
Codein	<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	
Hydromorphon	<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
Nalbuphin			<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
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

<b>P 4 Ko – Analgetika</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<b>Applikation</b>	<b>p.o.</b>	<b>i.v.</b>	<b>rektal</b>	<b>s.c.</b>	
Clonidin	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg
Dexamethason	<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

## INTRAOPERATIV

<b>I 1 Nicht- Opioid</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<b>Applikation</b>	<b>i.v.</b>	<b>rektal</b>	<b>s.c.</b>		
Diclofenac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Diclofenac/Orphenadrin	<input type="checkbox"/> mg				
Ibuprofen	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg			
Ketoprofen	<input type="checkbox"/> mg				
Ketorolac	<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/> mg	
Metamizol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Paracetamol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

I 2 Opioid		<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	i.v.	rektal	s.c.	epidural	
Alfentanil	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg		
Codein			<input type="checkbox"/> mg		
Fentanyl	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/>	µg
Hydromorphon	<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
Nalbuphin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg		
Oxycodon	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg		
Pethidin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		
Piritramid	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg		
Remifentanil	<input type="checkbox"/> mg				
Sufentanil	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/>	µg
Tramadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		

I 3 Ko- Analgetika		<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	i.v.	rektal	s.c.	epidural	
Clonidin	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/>	µg
Dexamethason	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg		
Ketamin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg		

**I 4 Lokalanästhetika OP-Gebiet/Wundinfiltration**

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

## AUFWACHRAUM

A 1 Nicht- Opioid		<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	rektal	s.c.	
Diclofenac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>	mg
Diclofenac/Orphenadrin		<input type="checkbox"/> mg			
Ibuprofen	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		
Ketoprofen	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg			
Ketorolac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/>	mg
Metamizol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>	mg
Paracetamol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>	mg

A 2 Opioid		<input type="checkbox"/> keins gegeben		nicht erhebbar		
Applikation	p.o. unretard	p.o. retard	i.v.	rektal	s.c.	epidural
Codein	<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	
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
Nalbuphin			<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	
Oxycodon/Naloxon*		<input type="checkbox"/> mg				
Pethidin	<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	
Sufentanil	<input type="checkbox"/> *** µg		<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg
Tramadol	<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

A 3 Ko- Analgetika		<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	rektal	s.c.	
Clonidin	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/>	µg
Dexamethason	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/>	mg
Ketamin		<input type="checkbox"/> mg		<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

<b>S 1 Nicht- Opioid</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<b>Applikation</b>	<b>p.o.</b>	<b>i.v.</b>	<b>rektal</b>	<b>s.c.</b>	
Diclofenac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Diclofenac/Orphenadrin		<input type="checkbox"/> mg			
Ibuprofen	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		
Ketoprofen	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg			
Ketorolac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/> mg
Metamizol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Paracetamol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

<b>S 2 Opioid</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben			<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<b>Applikation</b>	<b>p.o. unretard</b>	<b>p.o. retard</b>	<b>i.v.</b>	<b>rektal</b>	<b>s.c.</b>	<b>epidural</b>
Codein	<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	
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
Nalbuphin			<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	
Oxycodon/Naloxon*		<input type="checkbox"/> mg				
Pethidin	<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	
Sufentanil	<input type="checkbox"/> *** µg		<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg
Tramadol	<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

<b>S 3 Ko- Analgetika</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<b>Applikation</b>	<b>p.o.</b>	<b>i.v.</b>	<b>rektal</b>	<b>s.c.</b>	
Clonidin	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg
Dexamethason	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/> mg
Ketamin		<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/> mg

<b>S4 Mit PCA</b>	<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)**	

Welche physikalische Schmerztherapie wurde auf Station durchgeführt?

<b>S5 Physikalische Schmerztherapie</b>	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<input type="checkbox"/> Kälteanwendung)	<input type="checkbox"/> Wärmeanwendung	<input type="checkbox"/> Lagerung	<input type="checkbox"/> sonstige	

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

<b>S6 Regionalanästhesie</b>	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
<input type="checkbox"/> rückenmarksnahe Regionalanästhesie	<input type="checkbox"/> periphere Regionalanästhesie		

Ist eine Individuelle Therapieanordnung für die postoperative Schmerztherapie vorhanden?

<b>S7 Therapieanordnung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

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

<b>S8 Schmerzdokumentation</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Welche Ablenkungsformen wurden auf Station angewendet?

<b>S9 Distraction</b>	<input type="checkbox"/> keine erhalten		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
<input type="checkbox"/> Therapeut	<input type="checkbox"/> Buch/ Zeitschrift	<input type="checkbox"/> Spielkonsole	<input type="checkbox"/> Spielzeug	
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Musik/ TV		