# Erhebungsbogen Version Berlin

**Klinik-Code** ☐☐☐☐☐☐☐☐ **lfd. Pat.-Nr.** ☐☐☐☐☐☐☐☐


**Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e.V.**
Pfarrstr. 112, 10317 Berlin
info@herzinfarktregister.de www.herzinfarktregister.de


**Einschlusskriterien**
gesicherte Diagnose Myokardinfarkt (STEMI/LSB und NSTEMI)
**Typ I** (nach Def.) mit Prähospitalzeit ≤ **24h**

**WICHTIG**
**NUR DIESE SEITE AN DAS $B_2$HIR SCHICKEN**
- Seite 2 -

## 1. Patientendaten

**Name** [redacted] **Vorname** [redacted]

**Geburtsdatum** [redacted]/_____ ☐ **Mann** ☐ **Frau**
Tag/ Monat / Jahr

**Wohnbezirk** _____
alter Berliner Bezirk/Bundesland

Größe _____ **cm** Gewicht _____ **kg**

## 2. Erstversorgung

**Infarktbeginn** ____/____/___ ____/____ ☐ n.b.
Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min.

**Infarkt intrahosp.** ☐ ja ☐ nein ☐ n.b.

**Erstversorgung*** ☐ NEF ☐ RTW ☐ Hausarzt
(vor erstbehandelnd. Klinik) ☐ KV-Dienst ☐ selbst ☐ n.b.

*falls NEF*, Einsatz-Nr. _____ *(5 Ziffern)*

NEF-Diagn. ☐ STEMI ☐ and. Diagn. ☐ n.b.

**Alarmzeit** ____/____/___ ____/____ ☐ n.b.
Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min.

**oder FMC** ____/____/___ ____/____ ☐ n.b.
(falls vorhanden) Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min.

**EKG Zeit** ____/____/___ ____/____ ☐ n.b.
(falls vorhanden) Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min.

**Prähospitale Reanim.** ☐ nein ☐ ja ☐ n.b.

**Klinikankunft** ____/____/___ ____/____ ☐ n.b.
(eigene Klinik) Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min.

**Aufn.- Klinikbereich** ☐ RTS ☐ ITS/CPU ☐ HKL

**Zuverlegung** ☐ nein ☐ ja ☐ n.b.

*falls ja*, aus *welcher Klinik* _____

## 3. Präexistierende Risikofaktoren und Nebendiagnosen

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Raucher | ☐ nein | ☐ ehemals | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Diabetes | ☐ nein | ☐ neu | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Hypertonie | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Hypercholesterinämie | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Z.n. Infarkt | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Z.n. PCI | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Z.n. Bypass-OP | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Z.n. Apoplex | ☐ nein | ☐ TIA | ☐ ja | ☐ n.b. |
| pAVK | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Vorhofflim./-flat. | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Herzinsuffizienz | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |
| Niereninsuffizienz | ☐ nein | | ☐ ja | ☐ n.b. |

## 4. Diagnostik

**Bei Aufnahme** HF _____/Min. RR _____/_____mmHg

**Stauungszeichen** ☐ keine ☐ Zeichen für Stauung ☐ Lungenödem ☐ Schock

**Erst-EKG**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Aufnahmediagnose* | ☐ STEMI | ☐ LSB | ☐ RSB | ☐ NSTEMI |
| Weitere Befunde* | ☐ ST-Senkung | | ☐ neg. T | |
| Rhythmus* | ☐ SR | | ☐ VHF | ☐ Schrittm. |

**Kreatinin**_____ (_____) **eGFR** _____ (ml/min)
(Einheit)

**Hämatokrit** _____ (%)

### 4a. Diagnostik vor Entlassung

**LV-Ejektionsfraktion** ☐ >50 % ☐ 41-50%
(letzte gemessene LVEF) ☐ 31-40% ☐ ≤30% ☐ n.b.

## 5. Akuttherapie

**Medikamente***
☐ Heparin ☐ GPIIb/IIIa
☐ Clopidogrel ☐ Prasugrel ☐ Ticagrelor

**Intervention*** ☐ keine ☐ keine Indikation nach Koro
☐ Lyse (<12h) ☐ PCI ☐ Bypass-OP

**culprit lesion** ☐ keine ☐ Hauptstamm
☐ RIVA/LAD ☐ RCX/LCX ☐ RCA ☐ Bypass

**Falls PCI** Datum PCI _____/_____/_____
Tag/ Monat/ Jahr

Gefäßpunktion _____/____ Drahtpassage _____/_____
Std./ Min Std./ Min

Stent ☐ nein ☐ ja

Zugang* ☐ transradial ☐ transfemoral

TIMI (vor) _____ TIMI (nach) _____

Thrombektomie ☐ nein ☐ ja

**ASSIST-System***
☐ nein ☐ Impella ☐ IABP ☐ ECMO

**Falls Bypass-OP** ☐ elektiv ☐ Notfall-OP
OP-Datum _____/_____/____ *verlegt in* _____
Tag / Monat / Jahr *(welches Herzzentrum)*

**Warum weder Lyse noch PCI noch CABG** _____

_____

**5a. ZweitPCI** anderes Gefäß selber Aufenthalt ☐ nein ☐ ja

## 6. unerwünschte Ereignisse

**intraprozedural PCI*** ☐ Schock (neu) ☐ Intubation
☐ keine ☐ Reanimation ☐ Sonstige

**Stationär*** ☐ Reinfarkt ☐ Schlaganfall
☐ keine ☐ Reintervention IRA ☐ Sonstige

**Blutung** (*GUSTO Krit.*)
☐ keine ☐ leicht ☐ moderat ☐ schwer

## 7. Entlassungsmedikation

| | | |
|---|---|---|
| ☐ ASS | ☐ Beta-Blocker | |
| ☐ ACE/ARB-Inhib. | ☐ Aldosteronantagonist | |
| ☐ Statin | ☐ andere Cholesterinsenker | |
| ☐ Clopidogrel | ☐ Prasugrel | ☐ Ticagrelor |
| ☐ Heparin | ☐ Vit. K Antagon. | ☐ NOAKs |
| ☐ Insulin | ☐ orales Antidiabet. | ☐ Diuretikum |

## 8. Entlassung, Verlegung oder Tod / 30-Tage-Follow up

**Entlassungsdiagnose:** ☐ STEMI ☐ NSTEMI

☐ **Pat. entlassen** Datum: _____/_____/_____
Tag / Monat / Jahr

☐ **Pat. verlegt** Datum: _____/_____/_____
Tag / Monat / Jahr

☐ **Pat. verstorben** Datum: _____/_____/_____ _____/____
Tag / Monat / Jahr Std./ Min.

**30-Tage-Follow up erfolgt** ☐ nein ☐ ja

**Pat. in 30 Tagen verstorben** ☐ nein ☐ ja ☐ n.b.

Bogen ausgefüllt am:_____ von:_____
Name und Unterschrift

***Mehrfachnennungen möglich**