

<p>Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e.V. Pfarrstr. 112 10317 Berlin Tel: 030 2199 5479 info@herzinfarktregister.de www.herzinfarktregister.de</p>	<p>Einschlusskriterien gesicherte Diagnose Myokardinfarkt (STEMI/LSB und NSTEMI) Typ I (nach Def.) mit Prähospitalzeit ≤ 24h</p>																																																												
<p>1. Patientendaten Name XXXXXXXXXX Vorname XXXXXXXXXX Geburtsdatum XXXXXXXXXX Geburtsjahr _____ Tag/ Monat/ Jahr Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers Wohnbezirk _____ alter Berliner Bezirk/Bundesland Größe _____ cm Gewicht _____ kg</p>	<p>3. Präexistierende Risikofaktoren und Nebendiagnosen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Raucher</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td><input type="checkbox"/> ehemals</td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Diabetes</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td><input type="checkbox"/> neu</td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Hypertonie</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Hypercholesterinämie</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Z.n. Infarkt</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Z.n. PCI</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Z.n. Bypass-OP</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Z.n. Apoplex</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td><input type="checkbox"/> TIA</td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>pAVK</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Vorhofflim./-flat.</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Herzinsuffizienz</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> <tr> <td>Niereninsuffizienz</td><td><input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja</td><td><input type="checkbox"/> n.b.</td></tr> </table>	Raucher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ehemals	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Hypertonie	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Z.n. Infarkt	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Z.n. PCI	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Z.n. Bypass-OP	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Z.n. Apoplex	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	pAVK	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Vorhofflim./-flat.	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Raucher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ehemals	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Hypertonie	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Z.n. Infarkt	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Z.n. PCI	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Z.n. Bypass-OP	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Z.n. Apoplex	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
pAVK	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Vorhofflim./-flat.	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.																																																									
<p>2. Erstversorgung Infarktbeginn _____ <input type="checkbox"/> n.b. Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min. Infarkt intrahosp. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> n.b. Prähospital Reanim. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> n.b. Erstversorgung* <input type="checkbox"/> NEF <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> Hausarzt (vor erstbehandelnd. Klinik) <input type="checkbox"/> KV-Dienst <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> n.b. falls NEF/RTW, Einsatz-Nr. _____ (max. 5 Ziffern) NEF-Diagn. <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> and. Diagn. <input type="checkbox"/> n.b. Alarmzeit _____ <input type="checkbox"/> n.b. Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min. oder FMC _____ <input type="checkbox"/> n.b. (falls vorhanden) Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min. EKG Zeit _____ <input type="checkbox"/> n.b. (falls vorhanden) Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min. Klinikankunft _____ <input type="checkbox"/> n.b. (eigene Klinik) Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min. Aufn.- Klinikbereich <input type="checkbox"/> RTS <input type="checkbox"/> ITS/CPU <input type="checkbox"/> HKL Zuverlegung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> n.b. falls ja, aus welcher Klinik _____</p>	<p>4. Diagnostik 4a. Diagnostik bei Aufnahme HF ___/Min. RR ___/___ mmHg Stauungszeichen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zeichen für Stauung <input type="checkbox"/> Lungenödem <input type="checkbox"/> Schock Erst-EKG Aufnahmediagnose* <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI Befund* <input type="checkbox"/> LSB <input type="checkbox"/> RSB <input type="checkbox"/> ST-Hebung <input type="checkbox"/> ST-Senkung <input type="checkbox"/> neg. T <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar _____ Rhythmus* <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> VHF <input type="checkbox"/> Schrittm. <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar _____ Kreatinin _____ () eGFR _____ (ml/min) (Einheit) Hämatokrit _____ (%) 4b. Diagnostik vor Entlassung LV-Ejektionsfraktion <input type="checkbox"/> >50 % <input type="checkbox"/> 41-50% (letzte gemessene LVEF) <input type="checkbox"/> 31-40% <input type="checkbox"/> ≤30% <input type="checkbox"/> n.b.</p>																																																												
<p>5. Akuttherapie Medikamente* <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> GPIIb/IIIa <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Prasugrel <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> andere Koronarangiographie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Intervention* <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Lyse (<12h) <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Bypass-OP culprit lesion <input type="checkbox"/> keine (MINOCA) <input type="checkbox"/> RIVA/LAD <input type="checkbox"/> RCX/LCX <input type="checkbox"/> RCA <input type="checkbox"/> Hauptstamm <input type="checkbox"/> Bypass Falls PCI Datum PCI _____ Tag/ Monat/ Jahr Gefäßpunktion _____ Drahtpassage _____ Std./ Min Std./ Min Stent <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zugang* <input type="checkbox"/> transradial <input type="checkbox"/> transfemoral TIMI (vor) _____ TIMI (nach) _____ Thrombektomie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Assist-System* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> ECMO Falls Bypass-OP <input type="checkbox"/> elektiv <input type="checkbox"/> Notfall-OP Notfall-OP-Datum _____ verlegt in _____ Tag/ Monat/ Jahr (welches Herzzentrum) Warum weder Lyse noch PCI noch CABG: _____</p>	<p>6. unerwünschte Ereignisse intraprozedural PCI* <input type="checkbox"/> Schock (neu) <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Reanimation <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar _____ Stationär* <input type="checkbox"/> Reinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Reintervention IRA <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar _____ Blutung (GUSTO Krit.) <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> schwer</p>																																																												
<p>5a. Non-culprit PCI <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in selber Sitzung <input type="checkbox"/> in 2. Sitzung im gleichen <input type="checkbox"/> für weiteren stationären Aufenthalt geplant Aufenthalt geplant</p>	<p>7. Entlassungsmedikation <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Prasugrel <input type="checkbox"/> Vit. K Antagon <input type="checkbox"/> NOAK <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Beta-Blocker <input type="checkbox"/> ACE-Hemmer/ARB <input type="checkbox"/> Sacubitril/Valsartan <input type="checkbox"/> Aldosteronantagonist <input type="checkbox"/> anderes Diuretikum <input type="checkbox"/> Metformin. <input type="checkbox"/> GLP1-Agonist <input type="checkbox"/> SGLT2-Inhibitor <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Statin <input type="checkbox"/> andere Cholesterinsenker <input type="checkbox"/> LifeVest</p>																																																												
<p>8. Entlassung, Verlegung oder Tod Abschließende kardiale Diagnose: <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> Pat. entlassen Datum: _____ Tag/ Monat/ Jahr <input type="checkbox"/> Pat. verlegt Datum: _____ Tag/ Monat/ Jahr <input type="checkbox"/> Pat. verstorben Datum: _____ Tag/ Monat/ Jahr Std./ Min.</p>	<p>*Mehrfachnennungen möglich Bogen ausgefüllt am: _____ von: _____ Name und Unterschrift</p>																																																												