# Erhebungsbogen Version Brandenburg

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


**Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e.V.**
Pfarrstr. 112 10317 Berlin Tel: 030 2199 5479
info@herzinfarktregister.de www.herzinfarktregister.de


## Einschlusskriterien

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

**WICHTIG**
**NUR DIESE SEITE AN DAS B$_2$HIR SCHICKEN**
- Seite 2 -

## 1. Patientendaten

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

**Geburtsdatum** [redacted] **Geburtsjahr** _____
Tag/ Monat / Jahr

**Geschlecht** ☐ Mann ☐ Frau ☐ Divers

**Landkreis** _____

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

## 2. Erstversorgung

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

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

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

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

*falls NEF/RTW*, Einsatz-Nr. _____

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.

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

**2a. Zuweisung** ☐ nein ☐ ja ☐ n.b.

*nur zuverlegt: falls ja*, aus *welcher Klinik* _____

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

Zuweisungs-Diagn. ☐ STEMI ☐ keine Heb./uneindeutig

## 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

**4a. Diagnostik bei Aufnahme**

HF _____/Min. RR _____/_____mmHg

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

**Erst-EKG**

Aufnahmediagnose* ☐ STEMI ☐ NSTEMI

Befund* ☐ LSB ☐ RSB ☐ ST-Hebung ☐ ST-Senkung ☐ neg. T ☐ Sonstige, und zwar_____

Rhythmus* ☐ SR ☐ VHF ☐ Schrittm. ☐Sonstige, und zwar _____

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

**Hämatokrit** _____ (%)

**4b. 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 ☐ andere

**Koronarangiographie** ☐ nein ☐ ja

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

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

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

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

Notfall-OP-Datum _____/_____/_____ *verlegt in* _____
Tag / Monat / Jahr *(welches Herzzentrum)*

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

_____

**5a. Non-culprit PCI** ☐ nein ☐ in selber Sitzung

☐ in 2. Sitzung im gleichen Aufenthalt geplant ☐ für weiteren stationären Aufenthalt geplant

## 6. unerwünschte Ereignisse

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

**Stationär*** ☐ Reinfarkt ☐ Schlaganfall
☐ keine ☐ Reintervention IRA ☐ Sonstige, und zwar_____

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

## 7. Entlassungsmedikation

☐ ASS ☐ Clopidogrel ☐ Ticagrelor ☐ Prasugrel
☐ Vit. K Antagon ☐ NOAK ☐ Heparin
☐ Beta-Blocker ☐ ACE-Hemmer/ARB. ☐ Sacubitril/Valsartan
☐ Aldosteronantagonist ☐ anderes Diuretikum
☐ Metformin ☐ GLP1-Agonist ☐ SGLT2-Inhibitor ☐ Insulin
☐ Statin ☐ andere Cholesterinsenker
☐ LifeVest

## 8. Entlassung, Verlegung oder Tod

**Abschließende kardiale Diagnose:** ☐ STEMI ☐ NSTEMI

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

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

☐ **Pat. verstorben** ☐ ≤24 h ☐ >24 h

***Mehrfachnennungen möglich**

Bogen ausgefüllt am:_____ von:_____
Name und Unterschrift