

# QUIPS Prozess- Parameter

## DEMOGRAPHIE

D1 Nummer: \_\_\_\_\_ D6 Station: \_\_\_\_\_

D2 Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

D3 Alter: ☐ 18-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60  
☐ 61-70 ☐ 71-80 ☐ 81-90 ☐ 91-100 ☐ über 100 ☐ nicht erhebbar

D4 Kalenderwoche OP: \_\_\_\_ im Jahr: \_\_\_\_

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

D7 OP-Dauer: OP-Schnitt: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr OP-Naht: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr  
☐ OP über zwei Tage ☐ nicht erhebbar

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

D9 OPS (OP-Verschlüsselung)

D9.1 \_\_\_\_\_ D9.2 \_\_\_\_\_ D9.3 \_\_\_\_\_ D9.4 \_\_\_\_\_ D9.5 \_\_\_\_\_ ☐ nicht erhebbar

D10 Einschluss des Patienten nicht möglich aus folgendem Grund:

- ☐ Patient befindet sich auf einer anderen Station ☐ Patient ist nicht anwesend / bereits entlassen  
☐ Patient lehnt die Befragung ab ☐ Patient hat bereits teilgenommen  
☐ Patient ist verwirrt/hat Verständnisschwierigkeiten ☐ Patient spricht kein Deutsch  
☐ Patient ist sediert / schläft  
 falls ja, bitte auswählen:  
☐ leicht schläfrig  
☐ häufig müde, leicht erweckbar  
☐ tief schlafend, schwer erweckbar (Bitte unbedingt Prozessparameter erheben!)  
☐ nicht erweckbar (Bitte unbedingt Prozessparameter erheben!)  
☐ Sonstige Gründe

D11 Hat der Patient vor seinem Krankenhausaufenthalt Opiode gegen chronische Schmerzen genommen?

☐ ja ☐ nein ☐ nicht erhebbar

D12 In welcher Sprache hat der Patient den Ergebnisfragebogen ausgefüllt?

☐ Deutsch ☐ Arabisch ☐ Türkisch ☐ nicht erhebbar

D13 Geschlecht

Itd. Chirurg(in) ☐ männlich ☐ weiblich ☐ nicht erhebbar  
 Anästhesist(in) ☐ männlich ☐ weiblich ☐ nicht erhebbar  
 Datenerheber(in) ☐ männlich ☐ weiblich ☐ nicht erhebbar

## NARKOSE

N1 Art der Anästhesie	N2 falls Regionalanästhesie	N3 falls rückenmarksfern
<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> nur Allgemeinanästhesie (AA)	<input type="checkbox"/> rückenmarksnah	<input type="checkbox"/> Plexus brachialis
<input type="checkbox"/> nur Regionalanästhesie (RA)	<input type="checkbox"/> rückenmarksfern	<input type="checkbox"/> N.-ischiodicus
<input type="checkbox"/> AA + RA	<input type="checkbox"/> Beides	<input type="checkbox"/> N.-femoralis
<input type="checkbox"/> nur Lokalanästhetika		<input type="checkbox"/> paravertebral
		<input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> TAB
		<input type="checkbox"/> andere

N4 Intraoperative Medikation			
PONV- Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Wundinfiltration im OP-Gebiet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Intraoperativ Remifentanyl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Intraoperativ Clonidin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
Intraoperativ Ketamin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar

**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 Was wurde zur Prämedikation gegeben?

<b>P1 Nicht-Opioide</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Celecoxib	<input type="checkbox"/>			
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etoricoxib	<input type="checkbox"/>			
Gabapentin	<input type="checkbox"/>			
Ibuprofen	<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"/>			
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/>		
Pregabalin	<input type="checkbox"/>			

<b>P2 Opioide</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
Applikation	p.o. unretard	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"/> 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
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
Tapentadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				
Tilidin/(Naloxon)*	<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

\* Dosisangaben beziehen sich auf das Opioide

\*\*mucosale Applikation

\*\*\* sublinguale Applikation

## AUFWACHRAUM Welche systemische Schmerztherapie wurde im Aufwachraum durchgeführt?

<b>A1 Nicht-Opioide</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Celecoxib	<input type="checkbox"/>			
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etoricoxib	<input type="checkbox"/>			
Gabapentin	<input type="checkbox"/>			
Ibuprofen	<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"/>			
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/>		
Pregabalin	<input type="checkbox"/>			

<b>A2 Opioide</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
Applikation	p.o. unretard	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"/> 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
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
Tapentadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				
Tilidin/(Naloxon)*	<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

\* Dosisangaben beziehen sich auf das Opioide

\*\*mucosale Applikation

\*\*\* sublinguale Applikation

<b>A3 Ko-Analgetika</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	s.c.
Clonidin	<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
Lidocain		<input type="checkbox"/> mg		

<b>A4 Mit PCA</b>	<input type="checkbox"/> keine erhalten		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar / ** PCA Opioideverbrauch 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 Welche systemische Schmerztherapie wurde auf der Station durchgeführt?

<b>S1 Nicht-Opioide</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Celecoxib	<input type="checkbox"/>			
Diclofenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etoricoxib	<input type="checkbox"/>			
Gabapentin	<input type="checkbox"/>			
Ibuprofen	<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"/>			
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/>		
Pregabalin	<input type="checkbox"/>			

<b>S2 Opioid</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
Applikation	p.o. unretard	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"/> 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
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
Tapentadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				
Tilidin/(Naloxon)*	<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

\* Dosisangaben beziehen sich auf das Opioid

\*\*mucosale Applikation

\*\*\* sublinguale Applikation

<b>S3 Ko-Analgetika</b>	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
Applikation	p.o.	i.v.	i.m.	s.c.
Clonidin	<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
Lidocain		<input type="checkbox"/> mg		

<b>S4 Mit PCA</b>	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar / ** PCA Opioidverbrauch bitte in S2 eintragen	
<input type="checkbox"/> PCIA (intravenös)**	<input type="checkbox"/> PCEA (epidural)	<input type="checkbox"/> PCRA (regional)	<input type="checkbox"/> PCA (sublingual)**

## Welche Regionalanästhesie (nur Katheterv Verfahren) wurde seit der Operation durchgeführt?

<b>S5 Regionalanästhesie</b>	<input type="checkbox"/> keine erhalten	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> rückenmarksnähe Regionalanästhesie		<input type="checkbox"/> rückenmarksferne Regionalanästhesie
<b>S5a falls rückenmarksnähe</b>		
<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		
<input type="checkbox"/> Plexus brachialis		
<input type="checkbox"/> N.-ischiiadicus		
<input type="checkbox"/> N.-femoralis		
<input type="checkbox"/> paravertebral		
<input type="checkbox"/> LIA		
<input type="checkbox"/> andere		

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

<b>S6 Therapieanordnung</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

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

<b>S7 Schmerzdokumentation</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

## Wurde TENS auf Station angewendet?

<b>S8 TENS</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------	-----------------------------	-------------------------------