

# QUIPSambulant Prozess-Parameter

## DEMOGRAPHIE (Pflichtfelder)

**D1 Nummer:** \_\_\_\_\_ **D6 Klinik/Praxis:** \_\_\_\_\_

**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:**       0       1       2       3       4       nicht erhebbar

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

**D8 Entlassungszeit aus dem Aufwachraum:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr       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 lehnt die Befragung ab
- Patient spricht kein Deutsch
- Sonstige Gründe

### D11 Hat der Patient vor seiner Operation Opiode gegen chronische Schmerzen genommen?

- ja       nein       nicht erhebbar

### D12 Wie wurde der Fragebogen erhoben?

<input type="checkbox"/> Per direktem Interview (Praxis)	<input type="checkbox"/> Per Telefon-Interview	<input type="checkbox"/> Per Papierbogen (in der Praxis)	<input type="checkbox"/> Per Papierbogen (Zuhause)	<input type="checkbox"/> Per Webeingabe
--	--	--	--	---

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

<b>F1</b>	
<b>F2</b>	
<b>F3</b>	
<b>F4</b>	
<b>F5</b>	
<b>F6</b>	
<b>F7</b>	
<b>F8</b>	
<b>F9</b>	

Die folgenden Angaben sind fakultativ

## PRÄVENTIVE ANALGETIKAGABE Was wurde zur prä- und intraoperativ gegeben?

P1 Nicht-Opioide	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
	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"/>			

P2 Opioid	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
	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

## NARKOSE

N1 Art der Anästhesie	N2 falls Regionalanästhesie	N3 falls rückenmarksnah
<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"/> rückenmarksnah	<input type="checkbox"/> N.-ischiadicus
<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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar
PONV- Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundinfiltration im OP-Gebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraoperativ Remifentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraoperativ Clonidin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraoperativ Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AUFWACHRAUM Welche systemische Schmerztherapie wurde im Aufwachraum durchgeführt?

A1 Nicht-Opioide	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
	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"/>			

**AUFWACHRAUM** Welche systemische Schmerztherapie wurde im Aufwachraum durchgeführt?

A2 Opioid	☐ keins gegeben		☐ nicht erhebbar			
	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

A3 Ko-Analgetika	☐ keins gegeben		☐ nicht erhebbar		
	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			

A4 Mit PCA	☐ keine erhalten	☐ 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)**	

**ZUHAUSE/PRAXIS** Welche systemische Schmerztherapie wurde nach der Operation durchgeführt?

H1 Nicht-Opioid	☐ keins gegeben		☐ nicht erhebbar	
	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"/>			

H2 Opioid	☐ keins gegeben		☐ nicht erhebbar			
	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

H3 Therapieanordnung				Anordnung/Aushändigung	
Schriftl. Anordnung für zu Hause	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	<input type="checkbox"/> Anästhesist	<input type="checkbox"/> Operateur
Empfehlung/Überweisung an den Hausarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	<input type="checkbox"/> Anästhesist	<input type="checkbox"/> Operateur

**Ist eine Schmerzdokumentation (z.B. Tagebuch) zu Hause erfolgt?**

H4 Schmerzdokumentation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein