

Checkliste Lysetherapie, Neurologie Heidelberg

Patientenaufkleber

Symptombeginn: ____ . ____ . 20 ____ : ____ Uhr

sicher geschätzt

unklar (last seen well ____ : ____ Uhr)

Absolute Ausschlusskriterien einer i.v.-Lyse (Gruppe A)	JA	NEIN
Hirnblutung im CCT/MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirnblutung in der Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manifeste oder kurz zurückliegende schwere Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome einer Subarachnoidalblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intrakranielles <u>unversorgtes</u> Aneurysma, bekannte AVM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht behandelbarer Blutdruck >185/110mmHg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intrakranielle oder intraspinale OP letzte 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Marcumar® mit INR >1,7.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wesentliche Blutgerinnungsstörung innerhalb der letzten 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bakterielle Endokarditis, Perikarditis, Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entbindung in den letzten 10 Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachgewiesene - nicht abgeheilte - ulzerative Erkrankung im Gastrointestinaltrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ösophagusvarizen, akute Pankreatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Lebererkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relative Ausschlusskriterien einer i.v.-Lyse (Gruppe B)	JA	NEIN
Zeitfenster >4,5 Stunden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitfenster unklar, wake up stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter <18Jahre oder >80Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schweres Mediasyndrom (Hemiplegie, fixierte Kopf- und / oder Blickwendung, Sopor oder Koma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban o.ä. in den letzten 48 Std.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heparin-gabe ≤48 Std. und PTT-Verlängerung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombozytenzahl <100.000/µl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutglukose <50 mg/dl oder >400 mg/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall innerhalb der letzten 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringfügige neurologische Defizite oder Symptome, die sich rasch bessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfall bei Symptombeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
größere Operationen oder schwere Traumen <3 Monate (Rücksprache mit Fach-Kollegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoplasie mit erhöhtem Blutungsrisiko.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetiker mit Schlaganfall in der Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schädelhirntrauma in den letzten 3 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kurz zurückliegende (<10 Tage) traumatische externe Herzmassage, kurz zurückliegende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktion eines nicht komprimierbaren Blutgefäßes (z.B. Vena subclavia oder -jugularis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Therapie gemäß Zulassung (keine der obigen Fragen mit „Ja“ beantwortet)
- Therapie als individueller Heilversuch (mind. eine der Fragen aus Gruppe B mit „Ja“ beantwortet),

Begründung: _____

Indikationsstellender Facharzt: _____

Name / Unterschrift: _____