

Abfragealgorithmus **KINDERNOTFALLZENTRUM**

Datum:

Alter/Geb.-Datum: _____ Gewicht _____

Uhrzeit:

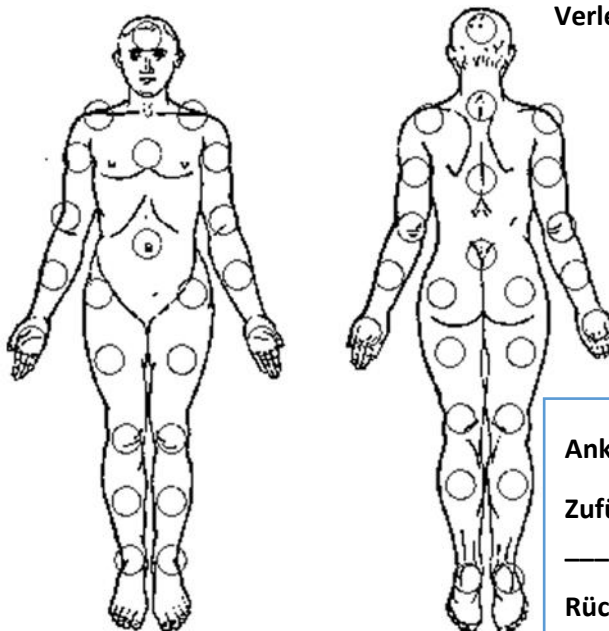
Name: _____

Was ist passiert? _____

Bei CPR: Initialrhythmus? _____ ROSC-Rhythmus? _____
No Flow-time? _____ Min CPR Dauer: _____

A	Problem? Behoben? ☐ Ja ☐ Nein	Ja
	Intubiert ☐ Aspiration ☐ Bolusgeschehen ☐	Nein
B	Problem? Behoben? ☐ Ja ☐ Nein	Ja
	NIV ☐ Thoraxtrauma ☐ SP02 _____ O2 Liter _____	Nein
C	Problem? Behoben? ☐ Ja ☐ Nein	Ja
	Kritischer Blutverlust ☐ Volumengabe? ☐ RR: _____	Nein
D	Problem? Behoben? ☐ Ja ☐ Nein	
	GCS _____ Pupillendifferenz ☐ Krampfanfallsverdacht ☐ BZ _____	
	Krampfdauer _____ Medikamente _____	

E



Verletzungsmuster

i.v. Zugang ☐ i.o. Zugang ☐

Temperatur _____ °

Ankunftszeit _____

Zuführendes Rettungsmittel (z.b. NA Bonn Süd)

Rückrufnummer _____

Abgelehnt? Ja ☐ Verantw. Arzt _____

Handzeichen

