

QUIKS Prozess-Parameter

DEMOGRAPHIE

D1 Nummer: _____ D5 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 Aufnahme: ___ ___ im Jahr: ___ ___ ___

D6 Fachabteilung:

- Innere Medizin ohne Spezialisierung
- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Nephrologie
- Pulmologie
- Rheumatologie
- Häm./ Onkologie
- Endokrinologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychosomatik
- Dermatologie
- Palliativmedizin
- sonstige: _____

D7 Befragungstag nach stationärer Aufnahme:

1 2 3 4 5 6 7 nicht erhebbar

D8 Einschluss des Patienten nicht möglich aus folgendem Grund:

- Patient befindet sich auf einer anderen Station
- Patient lehnt die Befragung ab
- Patient ist verwirrt/hat Verständnisschwierigkeiten
- 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
- Patient ist nicht anwesend / bereits entlassen
- Patient hat bereits teilgenommen
- Patient spricht kein Deutsch

FREIFELDER (für eigene Fragestellungen können Sie bis zu 8 Felder nutzen)

F1	F5
F2	F6
F3	F7
F4	F8

H1 * Herz	<input type="checkbox"/> Endokarditis (infekt.)	<input type="checkbox"/> Endokarditis (rheum.)	<input type="checkbox"/> Myokarditis	<input type="checkbox"/> Perikarditis	<input type="checkbox"/> Herzklappeninsuff.	<input type="checkbox"/> Herzklappenstenose	<input type="checkbox"/> sonst. Herzvittium
	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> dekomp. Herzinsuff.	<input type="checkbox"/> ACS	<input type="checkbox"/> trans. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> prim. Rhythmusstörung	
H2 * Kreislauf	<input type="checkbox"/> art. Hypertonie	<input type="checkbox"/> pulm. Hypertonie	<input type="checkbox"/> Synkope	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Thrombophlebitis	<input type="checkbox"/> pAVK (ohne Ulcus, nicht akut)	<input type="checkbox"/> per. Embolie
	<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Aneurysma	<input type="checkbox"/> Varikosis	<input type="checkbox"/> chron. ven. Insuffizienz	<input type="checkbox"/> Lymphödem /Angitis		
H3 * Magen/Darm	<input type="checkbox"/> Gastritis / Duodenitis	<input type="checkbox"/> Gastroenteritis	<input type="checkbox"/> Refluxösophagitis	<input type="checkbox"/> Sigmadivertikulitis	<input type="checkbox"/> Appendizitis	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/> M. Crohn
H4 Leber/Pankreas/Milz	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Cholezystitis	<input type="checkbox"/> akute Pankreatitis	<input type="checkbox"/> chron. Pankreatitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis		
H5 *Stoffwechsel/Hormone	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Hypothyreose	<input type="checkbox"/> Hyperthyreose	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Nebenschilddrüse	<input type="checkbox"/> Störungen des Aldosteronsystems	<input type="checkbox"/> M. Cushing
	<input type="checkbox"/> Diabetes insipidus	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Porphyrien	<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie (nicht akut)	<input type="checkbox"/> Gicht	
H6 * Niere	<input type="checkbox"/> Nephritis (infekt.)	<input type="checkbox"/> Nephritis (nicht infekt.)	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (ohne Dialyse)	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (mit Dialyse)	<input type="checkbox"/> autoimmune Nephropathie
H7 * Lunge	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> COPD/ obstruktive Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lungenfibrose/ restriktive Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Pneumonie (bakt.)	<input type="checkbox"/> Pneumonie (viral/atypisch)	<input type="checkbox"/> Pneumonie (sonst.)	<input type="checkbox"/> Pleuritis (ohne Pneumonie)
	<input type="checkbox"/> Pneumothorax	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe					
H8 * Nervensystem	<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ICB	<input type="checkbox"/> Synkope	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
	<input type="checkbox"/> M. Parkinson	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Meningitis (bakt.)	<input type="checkbox"/> Meningitis (viral)	<input type="checkbox"/> Meningitis (sonst.)
	<input type="checkbox"/> Restless legs	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> sonst. Neuropathie				
H9 * Haut	<input type="checkbox"/> Ulcus cruris (art.)	<input type="checkbox"/> Ulcus cruris (ven.)	<input type="checkbox"/> Ulcus cruris mixtum/ sonstiges Ulcus cruris	<input type="checkbox"/> Pyoderma gangrenosum	<input type="checkbox"/> Malum perforans	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Erysipel/Pyodermie
	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster/ Herpes simplex	<input type="checkbox"/> Urtikaria	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Ekzem	<input type="checkbox"/> Exanthem (inkl. Arznei-, Virusexanthem)	<input type="checkbox"/> Kutanes Lymphom (CTCL, CBCL)	<input type="checkbox"/> Vaskulitis
	<input type="checkbox"/> Erythema exsudativum multiforme (EEM), Stevens-Johnson-Syndrom (SJS), Toxisch-epidermale-Nekrolyse (TEN), Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS)		<input type="checkbox"/> Blasenbildende Autoimmundermatose (inkl. Bullöses Pemphigoid, Epidermolysis bullosa acquisita, Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus)		<input type="checkbox"/> Lupus erythematodes (inkl. SLE, SCLE, CDLE)	<input type="checkbox"/> Sklerodermie	<input type="checkbox"/> CREST
	<input type="checkbox"/> Dermatomyositis	<input type="checkbox"/> Graft versus Host Disease (GvHD)	<input type="checkbox"/> Acne inversa				
H10 * Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Rheum. Arthritis	<input type="checkbox"/> Psoriasisarthritis	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Polyarthrose	<input type="checkbox"/> Polymyositis	<input type="checkbox"/> Prog. syst. Sklerose	<input type="checkbox"/> Sjögren-Syndrom
H11 * Infektion	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> sonst. Infektion			
H12 * Blut	<input type="checkbox"/> Mangelanämie	<input type="checkbox"/> Sichelzellanämie					
H13 * Maligne Neoplasien (als Nebendiagnose erfassen, nur wenn aktiv, oder konkreter Verdacht auf Rezidiv !)	<input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/> Rückenmark	<input type="checkbox"/> Akute Leukämie	<input type="checkbox"/> Chron. Leukämie	<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> Mund	<input type="checkbox"/> Ösophagus
	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Dünndarm	<input type="checkbox"/> Dickdarm (sonst.)	<input type="checkbox"/> Rektum	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Pankreas	<input type="checkbox"/> Haut
	<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Plasmozytom	<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Harnleiter/-blase	<input type="checkbox"/> Prostata	<input type="checkbox"/> Hoden	<input type="checkbox"/> Brust
	<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/> Ovarien	<input type="checkbox"/> sonstiges				

*Hauptdiagnose in der Liste umkreisen, Nebendiagnosen ankreuzen Hauptdiagnose: nicht erhebbar sonstige Hauptdiagnose (bitte hier ausschreiben):

Analgetische Vormedikation

Welche systemische Schmerztherapie wurde vor stationärer Aufnahme durchgeführt (feste Vormedikation)?

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

ja nein nicht erhebbar

A1 Nicht-Opioid	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar	
	p.o.	i.v.	i.m.	supp.
Celecoxib	<input type="checkbox"/> mg			
Etoricoxib	<input type="checkbox"/> mg			
Parecoxib		<input type="checkbox"/> mg		
ASS	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		
Ibuprofen	<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/> mg
Diclofenac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Indometacin	<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/> mg
Meloxicam	<input type="checkbox"/> mg			
Naproxen	<input type="checkbox"/> mg			
Metamizol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
Paracetamol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

A2 Opioid	<input type="checkbox"/> keins gegeben				<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
	p.o. unret.	p.o. retard	i.v.	i.m.	s.c.	supp.	s.l./muco.	transd.
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		
Tapentadol	<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		
Hydromorphon	<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	<input type="checkbox"/> mg						
Buprenorphin			<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> µg/h
Fentanyl	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg/h
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			

*Dosisangaben beziehen sich auf das Opioid

A3 Ko-Analgetika	<input type="checkbox"/> keins gegeben		<input type="checkbox"/> nicht erhebbar			
	p.o.	retard	i.v.	i.m.	s.c.	supp
Pregabalin	<input type="checkbox"/> mg					
Gabapentin	<input type="checkbox"/> mg					
Carbamazepin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				
Amitryptilin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	
Trimipramin	<input type="checkbox"/> mg					
Duloxetin	<input type="checkbox"/> mg					
Citalopram	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg			
Sertralin	<input type="checkbox"/> mg					
Doxepin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		
Lorazepam	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg			
Diazepam	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg
Flupirtin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg

andere:

STATION

Welche systemische Schmerztherapie wurde auf der Station am Vortag (gesamte 24h des vorherigen Tages) durchgeführt?

S1 Nicht-Opioid	<input type="checkbox"/> keins gegeben			<input type="checkbox"/> nicht erhebbar		entspricht Vormedikation
	p.o.	i.v.	i.m.	supp.		
Celecoxib	<input type="checkbox"/> mg					<input type="checkbox"/>
Etoricoxib	<input type="checkbox"/> mg					<input type="checkbox"/>
Parecoxib		<input type="checkbox"/> mg				<input type="checkbox"/>
ASS	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				<input type="checkbox"/>
Ibuprofen	<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/>
Diclofenac	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>
Indometacin	<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>
Meloxicam	<input type="checkbox"/> mg					<input type="checkbox"/>
Naproxen	<input type="checkbox"/> mg					<input type="checkbox"/>
Metamizol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>

S2 Opioid	<input type="checkbox"/> keins gegeben					<input type="checkbox"/> nicht erhebbar				entspricht Vormedikation
	p.o. unret.	p.o. retard	i.v.	i.m.	s.c.	supp.	s.l./muco.	transd.		
Tilidin/(Naloxon)*	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg								<input type="checkbox"/>
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				<input type="checkbox"/>
Tapentadol	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg								<input type="checkbox"/>
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				<input type="checkbox"/>
Hydromorphon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				<input type="checkbox"/>
Oxycodon	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				<input type="checkbox"/>
Oxycodon/(Naloxon)*	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg								<input type="checkbox"/>
Buprenorphin			<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> µg/h		<input type="checkbox"/>
Fentanyl	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg		<input type="checkbox"/> µg	<input type="checkbox"/> µg/h		<input type="checkbox"/>
Pethidin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg				<input type="checkbox"/>
Piritramid			<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg					<input type="checkbox"/>

*Dosisangaben beziehen sich auf das Opioid

S3 Ko-Analgetika	☐ keins gegeben		☐ nicht erhebbar				entspricht Vormedikation
	p.o.	retard	i.v.	i.m.	supp.	s.c.	
Pregabalin	<input type="checkbox"/> mg						<input type="checkbox"/>
Gabapentin	<input type="checkbox"/> mg						<input type="checkbox"/>
Carbamazepin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg					<input type="checkbox"/>
Amitryptilin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/>
Trimipramin	<input type="checkbox"/> mg						<input type="checkbox"/>
Duloxetin	<input type="checkbox"/> mg						<input type="checkbox"/>
Citalopram	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg				<input type="checkbox"/>
Sertralin	<input type="checkbox"/> mg						<input type="checkbox"/>
Doxepin	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg			<input type="checkbox"/>
Lorazepam	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg				<input type="checkbox"/>
Diazepam	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/>
Flupirtin	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg		<input type="checkbox"/>

andere:

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

S4 Therapieanordnung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Basisanalgesie angeordnet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bedarfsmedikation angeordnet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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

S5 Schmerzdokumentation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wurde ein spezielles Analgesieverfahren durchgeführt?

S6 Spezielles Analgesieverfahren	☐ keine erhalten	☐ nicht erhebbar
<input type="checkbox"/> PCIA (intravenös) <input type="checkbox"/> PCA (iontophoretisch) <input type="checkbox"/> PCA sublingual	<input type="checkbox"/> PCEA (epidural)	<input type="checkbox"/> PCRA (regional)