Neurologie

Vorname: ♀ ♂

Name: Geburtsdatum

Patienten- ID: 20 -

Arbeitsdiagnose / Schlüsselsymptome: NUP-Arzt: Uhr

Versorgungsituation:
unabhängig zu Hause ☐ Pflege zu Hause ☐ Institution ☐

Zeit von Symptombeginn bis Eintreffen ZNA:
0-3☐ 3-4,5☐ 4,5-6☐ 6-12☐ 12-24☐ 24-72☐ >72☐

Dauer der Schlüsselsymptome:
<1h☐ 1-24h☐ >24h☐ Gegenwärtig anhaltend☐

Bewusstsein:
wach ☐ somnolent ☐ soporös ☐ komatös ☐

Orientiert:
Ort: J N Zeit: J N Person: J N Situation: J N

Amnesie: J N
anterograd ☐ retrograd ☐ Altgedächtnis ☐ Neugedächtnis ☐

Nosologische Einordnung:

Menigitis / Enzephalitis
bakteriell ☐ viral ☐ autoimmun☐

Schlaganfall / Ischämie
Ischämie ☐ ICB ☐ SDH ☐ EDH ☐ SAB ☐

Kopfschmerz / Rückenschmerz / Schwindel

VAS:

Neuromuskuläre Erkrankungen
Myasthenia gravis ☐ Guillain Barré ☐ **Besinger Score:**

Epileptische Anfälle
Fokal ☐ Komplex partiell ☐ Generalisiert ☐ Status ☐
Medikamentös durchbrochen J N
Medikament: _____

Metabolisch / Toxisch / Enzephalopathisch
Renal ☐ Hepatisch ☐ Septisch ☐ Ethyltoxisch ☐
Andere ☐ _____

Komorbidität:
Infekt ☐ CRP ___ mg/l Leukozyten ___ 10^9/l
Diabetes mellitus ☐ AHT ☐ KHK ☐ Demenz ☐
Früherer Apoplex ☐ Tumorleiden ☐

Sprache/Neuropsychologie:
klar und flüssig ☐ verwaschen ☐ Wortfindungsstörung ☐
nicht-flüssige Aphasie ☐ flüssige Aphasie ☐
globale Aphasie ☐ Neglect ☐ Apraxie ☐

Kopf:
frei beweglich J N
Meningismus J N endgradig ☐
Nackenrigor: positiv ☐ negativ ☐
Druckdolenz: positiv ☐ negativ ☐
NAP:
N. supraorbitalis: positiv ☐ negativ ☐
N. infraorbitalis: positiv ☐ negativ ☐
N. mentalis: positiv ☐ negativ ☐

Hirnnerven:
Geruchsempfinden anamnestisch intakt J N
Visus unkorrigiert ☐ korrigiert ☐
Visusverlust R L Gesichtsfeld fingerperimetrisch intakt R L
Okulomotorik intakt R L
Doppelbilder J N Ptosis R L
Nystagmus R L Horner J N
Konvergenz J N

Pupillenweite		Pupillenreaktion	
R	eng L	R	prompt L
R	mittel L	R	langsam L
R	weit L	R	keine L

Gesichtssensibilität intakt R L
Bei Bewußtlosigkeit: Oculocephaler Reflex: vorh.R path.
Cornealreflex normal R L abgeschwächt R L
Mimische Muskulatur opB R L vermindert R L
Augenschluss gestört R L
Gehör subjektiv opB R L Hypakusis R L
Gaumensegel symmetrisch J N
Schluckakt subjektiv unbehindert J N Zunge frei bew. J N

Reflexstatus:
normal ++ fehlt Ø vermindert + gesteigert +++

	R	L		R	L
Bicepsreflex			**Tricepsreflex**		
Quadricepsreflex			**Trömnerzeichen**		
Adduktorenreflex			**Bauchhautreflex**		
Achillessehnenreflex					

Babinski negativ R L positiv R L

Motorik:
Hemiparese J N armbetont R L beinbetont R L
Pronation J N R L
Paraparese J N Höhe: _____
Isolierte Muskelatrophie J N Wo?: _____
Lasègue R _____° L _____°
Faszikulationen: J N Wo?: _____
Tonus: unauffällig ☐ erhöht ☐ Wo?: _____
Rigor: J N Wo?: _____

Koordination:
Gangbild: _____
Trendelenburg R L sensibel ataktisch J N spastisch J N
Romberg: sicher ☐ Fallneigung R L
Unterberger: unauffällig☐ Abweichung:_____
Finger-Nase: sicher ☐ dysmetrisch ☐
Tremor R L Beschreibung:_____
Unwillkürliche Bewegung: J N Beschreibung:_____

Sensibilität:
Berührungsempfinden: opB☐ ☐Befund:_____
Schmerzempfinden: opB☐ ☐Befund:_____
Hypästhesie R L Hyperpathie R L Allodynie R L
Reithosenareal: opB☐ ☐Befund:_____
Neglect: J N

		HG	FG
Vibrationsempfinden:	rechts:	/8	/8
	links:	/8	/8

Bildgebung:
CT☐ CTA☐ MRT☐ DSA☐
Zeit vom Eintreffen in ZNA bis Bildgebung:
<1h☐ 1-3h☐ >3h☐

Weitere Diagnostik:
Labor☐ Ultraschall/Doppler☐ EEG/el. Physiologie☐ LP☐

Befund Bildgebung / Diagnostik:

ICB / SAB / SDH / EDH:
Ventrikeleinbruch J N Seitenventrikel R L
3. Ventrikel ☐ 4. Ventrikel ☐
GRAEB Score: ___ 1-4 mild☐ 5-8 moderate☐ 9-12 severe☐
ICB Volumen: 0-15 ml☐ 15-30 ml☐ >30 ml☐
Aneurysma/AVM J N
WFNS: I II III IV V
Hunt & Hess: 1 2 3 4 5

Neurochirurgische / Neuroradiologische Intervention:

Cerebrale Ischämie: J N
NIHSS: ___ Gewicht: ___ kg BZ: ___ mg/dl
INR: ___ Thrombos: ___ 10^9/l

CT-Frühzeichen:
Hypodensitäten J N <1/3 MCA Territorium ☐
>1/3 MCA Territorium ☐
HCMAS R L
ASPECTS Score: 0-7 ☐ 8-10☐

Thrombolyse:
IV-Lyse ☐ IA-Lyse ☐
Door-to-Needle-Time:
0-30 min☐ 30-60 min☐ 60-120 min☐ >120 min☐
Substanz: _____
Dosis: _____
Device: _____

Diagnose / Bemerkungen:

Unterschrift Arzt:_____