

Dokumentationsbogen – Case Report Form
 - CVC-Coating -

Prüfarzt

 Dr. med. Sebastian Gibb
 Tel. 03834 865801

Studienzentrum

 Universitätsmedizin Greifswald, Klinik
 für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und
 Schmerzmedizin

DRKS-Nummer:

DRKS00035159

Identifikation	
ZVK LOT	LOT-Aufkleber hier platzieren
Randomisierungs-Patient*in-ID z.B. WL01	_____
Fallnummer: z.B. 2024123456	2025 _____
Punktion	
Beginn der Anlage (Zeitpunkt sterilen Abdeckens) z.B. 01.01.2025 10:31	____ . ____ . 2025 ____ : ____ Uhr
Ende der Anlage (Zeitpunkt Wundverband) z.B. 01.01.2025 10:51	____ . ____ . 2025 ____ : ____ Uhr
Punktionsort	<input type="checkbox"/> V. jug. int. rechts <input type="checkbox"/> V. jug. int. links <input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____
Stichinzision (Nadel oder Skapel)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aktueller Herzrhythmus	<input type="checkbox"/> regelmäßig (SR/Schrittmacher) <input type="checkbox"/> unregelmäßig (VHF, TAA, ...)
EKG-Lagekontrolle	<input type="checkbox"/> erfolgreich <input type="checkbox"/> nicht erfolgreich <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt bei Vorhofflimmern <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Bisherige Erfahrung der*des Anlegenden (diesen ZVK nicht mit eingeschlossen)	<input type="checkbox"/> weniger als 25 ZVKs <input type="checkbox"/> 25 bis weniger als 50 ZVKs <input type="checkbox"/> 50 bis weniger als 100 ZVKs <input type="checkbox"/> 100 oder mehr ZVKs
Komplikationen bei der Anlage (Mehrfachauswahl möglich)	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Mehrfachpunktion der Haut <input type="checkbox"/> Mehrfachpunktion des Gefäßes <input type="checkbox"/> Hämatombildung <input type="checkbox"/> Min. einmalig frustraner Drahtvorschub <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Kommentar/Sonstiges:	