REGISTER KURZDARMSYNDROM & DARMVERSAGEN

Dokumentationsbogen

REKUDA

Patientenidentifikationsnummer

Vorstellungsdatum (TT/MM/JJJJ) | Datum der Diagnosestellung (TT/MM/JJJJ) | Geburtsdatum (MM/JJJJ) | Wohnort nach PLZ

Patientencharakteristika

Schriftliches Einverständnis:
- ○ nein
- ○ ja
- ○ k. A.

Geschlecht:
- ○ männlich
- ○ weiblich
- ○ divers

Gewicht (Kg)

Körperhöhe (cm)

Betreuende Einrichtung: PLZ der Klinik/ Praxis

- ○ **Fachrichtung**
- ○ **Praxis**
  - ○ nein
  - ○ ja
- ○ **Klinik**
  - ○ Klinik der Grund- und Regelversorgung
  - ○ Klinik der Maximalversorgung
  - ○ Universitäre Maximalversorgungseinrichtung

Ambulante Versorgungseinrichtung:
- ○ Häuslicher Pflegedienst
- ○ Angehörige
- ○ Patient selbst
- ○ **Ambulante Ernährungsversorgung durch ein Team**

Krankheitscharakteristiker

Datum der hauptsächlichen OP, die zum KDS/CDV führte: (TT/MM/JJJJ) ○ **Keine OP**

Ätiologie des CDV/KDS

○ **Resektion auf Grund von:**
- ☐ M.Crohn
- ☐ Volvolus/Malrotation
- ☐ Garadner Syndrom
- ☐ Thrombangitis obliterans
- ☐ Z.n. bariatrischer Chirurgie
- ☐ Adhäsionsileus
- ☐ Mesenterialischämie
  - ○ Venös
  - ○ Arteriell
- ☐ Trauma
- ☐ Vasculitis
- ☐ Desmoid
- ☐ Intest. Atresie
- ☐ Gastroschisis
- ☐ Nekr. Enterocolitis
- ☐ Mekoniumileus
- ☐ Onkologische Erkrankung:

○ **Motilität:**
- ○ CIPO
- ○ Aganglionsose/M. Hirschprung
- ○ Andere

○ **Malabsorption/Enteropathie:**
- ○ Sekretorische Diarrhoen
- ○ Autoimmune Enteropathie
- ○ Strahlenenteritis
- ○ Mukosale Defekte
- ○ Mikrovillusinklusionserkrankung
- ○ Kongenitale Enteropathiesyndrome
- ○ Tufting-Enteropathie

KDS

Darmanatomie vor Einleitung der Ernährungstherapie — Typ I

Art des Stoma:	☐ Gastro-, Duodeno-, Jejuno-, Illeostoma	☐ Ascendo, Transverso, Descendostoma
Restdünndarmlänge in cm:	**Nach OP-Bericht:** ☐ nein ☐ ja	**Bildmorphologisch:** ☐ nein ☐ ja
Verbliebene Darmabschnitte:	**Duodenum:** ☐ nein ☐ ja	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Jejunum: ☐ nein ☐ ja	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Ileum: ☐ nein ☐ ja	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Ileozökalklappe vorhanden: ☐ nein ☐ ja	
	Colon: ☐ nein ☐ ja **in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein **Vorhandene Anteile:** Zökum (☐ ja ☐ nein) C. ascendes (☐ ja ☐ nein) C. transversum (☐ ja ☐ nein) C. descendes (☐ ja ☐ nein) C. sigmoideum (☐ ja ☐ nein) Rektum (☐ ja ☐ nein)	

Darmanatomie vor Einleitung der Ernährungstherapie — Typ II

Art der Anastomose:	**Jejunocolisch:** ☐ nein ☐ ja	
Restdünndarmlänge in cm:	**OP-Bericht:** ☐ nein ☐ ja	**Bildmorphologisch:** ☐ nein ☐ ja
Verbliebene Darmabschnitte:	**Duodenum:** ☐ nein ☐ ja:	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Jejunum: ☐ nein ☐ ja	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Ileum: ☐ nein ☐ ja	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Ileozökalklappe vorhanden: ☐ nein ☐ ja	
	Colon: ☐ nein ☐ ja **in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein **Vorhandene Anteile:** Zökum (☐ ja ☐ nein) C. ascendes (☐ ja ☐ nein) C. transversum (☐ ja ☐ nein) C. descendes (☐ ja ☐ nein) C. sigmoideum (☐ ja ☐ nein) Rektum (☐ ja ☐ nein)	

Darmanatomie vor Einleitung der Ernährungstherapie — Typ III

Art der Anastomose:	**Jejunocolisch:** ☐ nein ☐ ja	
Restdünndarmlänge in cm:	**OP-Bericht:** ☐ nein ☐ ja	**Bildmorphologisch:** ☐ nein ☐ ja
Verbliebene Darmabschnitte:	**Duodenum:** ☐ nein ☐ ja:	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Jejunum: ☐ nein ☐ ja	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Ileum: ☐ nein ☐ ja	**in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
	Ileozökalklappe vorhanden: ☐ nein ☐ ja	
	Colon: ☐ nein ☐ ja **in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein **Vorhandene Anteile:** Zökum (☐ ja ☐ nein) C. ascendes (☐ ja ☐ nein) C. transversum (☐ ja ☐ nein) C. descendes (☐ ja ☐ nein) C. sigmoideum (☐ ja ☐ nein) Rektum (☐ ja ☐ nein)	

REGISTER KURZDARMSYNDROM & DARMVERSAGEN

Dokumentationsbogen

REKUDA

Patientenidentifikationsnummer

Katheterversorgung

Katheterversorgung bei ED: Datum 1. Katheteranlage (TT/MM/JJJJ)

Venöses Portsystem: ☐ nein ☐ ja

Getunnelt : ☐ nein ☐ ja

Art des Katheters: ☐ Broviac ☐ Hickmann ☐ Groshong-Katheter ☐ Demers ☐ Freitext:

Picc-Line: ☐ nein ☐ ja

Infektprophylaxe: ☐ nein ☐ ja

Art der Prophylaxe : ☐ TauroLock ☐ TauroSept ☐ NutriLock ☐ Ethanol ☐ Vancomycin-Blockung ☐ Daptomycin

Nebendiagnosen

Präexistente Nebendiagnosen

Kardiovaskuläre Erkrankungen: ☐ KHK ☐ Vorhofflimmern ☐ pAVK ☐ Herzinsuffizienz

☐ **Niereninsuffienz** ☐ **Diabetes mellitus**

☐ **Hämato-Onkologische Nebendiagnose**

☐ **Kollagenose** ☐ **Depression**

Pulmonologische Erkrankungen: ☐ COPD ☐ Pulmonale Hypertonie

☐ **Demenz**

☐ **Cerebrovaskuläre Erkrankungen**

Präexistentes chronisches Nierenversagen: ☐ nein ☐ ja

Hepathopathie: ☐ Steatosis (☐ ja ☐ nein) ☐ Fibrose (☐ ja ☐ nein)

☐ Zirrhose (☐ ja ☐ nein) ☐ Cholelithiasis (☐ ja ☐

Nepro/Urolithiasis: ☐ nein ☐ ja

Osteoporose: ☐ nein ☐ ja

Ernährungsstatus

Ernährungsstatus bei ED

Gewicht präoperativ (Kg)

Gewicht vor Einleitung der Ernährungstherapie (Kg)

Niedrigstes Körpergewicht (Kg)

Indirekte Kalorimetrie: ☐ RQ ☐ REE

BIA: Phasenwinkel (α) ECM/BCM-Index Grundumsatz (kcal)

KB

Klinische Beschwerden

Stuhlfrequenz (Anzahl/d) Stomaentleerungen (Anzahl/d) Urinvolumen (ml/24h)

Laborparameter und Mobilität

Laborparameter bei ED

Elektrolyte:				**Blutbild:**		**Gerinnung:**	
	☐ Natrium	☐ Chlorid		☐ Hämoglobin			☐ Gerinnung
	☐ Kalium	☐ Magnesium		☐ Leukozyten			☐ INR
	☐ Calcium	☐ Phosphat		☐ Thrombozyten			☐ pTT

Klinische Chemie

				Spurenelemente:	
☐ Kreatinin	☐ Bilirubin	☐ Gamma-GT	☐ Alkalische Phosphatase		☐ Zink
☐ Harnstoff	☐ AST	☐ Transferrin	☐ Bicarbonat (HCO3-)		☐ Selen
☐ Albumin	☐ ALT	☐ Ferritin		**Mobilität bei ED:**	☐ Bettlägerig
					☐ abhängig
					☐ selbständig

Ernährungstherapie im Verlauf

Ernährungstherapie am Beginn der Erkrankung

Formale Diätberatung erfolgt: ○ nein ○ ja (Datum, wenn ja) (TT/MM/JJJJ)

Enteral: ☐ Trinknahrung : ○ nein ○ ja ☐ Kcal/d

Nahrungsergänzungsmittel (Datum Beginn): ☐ Maltodextrin

☐ Proteinkonzentrat ☐ WHO-Trinklösung

Standardbeutel: ☐ Beutelname

Parental: **Datum Beginn:** (TT/MM/JJJJ) **Häufigkeit (d) pro Woche:** **Laufrate** (h):

Individuelle PN: **Volumen** (ml) **Kalorienmenge** (Kcal) **Glucose** (Gesamtmenge)

Fette (Gesamtmenge) **Fettemulsionen:** ☐ LCT/MCT ☐ LCT/MCT/Olivenöl ☐ LCT/MCT/Oliven-/Fischöl ☐ LCT/MCT/Fischöl

Elektrolyte:			**Aminosäuren** (Gesamtmenge)	
	☐ Natrium (mmol/l)	☐ Chlorid (mmol/l)		
	☐ Kalium (mmol/l)	☐ Magnesium (mmol/l)	**Multivitaminpräparat:**	☐ Cernevit
	☐ Calcium (mmol/l)	☐ Phosphat (mmol/l)		☐ weitere
IV-Flüssigkeit:	☐ NaCL l/d	l/Woche	**Spurenelemente:**	☐ Tracutil ☐ Addel
	☐ G5% l/d	l/Woche		☐ weitere
	☐ Vollelektrolytlösung l/d	l/Woche		

Basenzusatz: ○ nein ○ ja **Asymmetrisches Chlorid-Acetat-Verhältnis :** ○ nein ○ ja

Begleitmedikation

Begleitmedikation im Verlauf

Stuhlmodulierende Therapie: ☐ **Peristaltikhemmung** ○ Loperamid ○ Tinct. Opii ○ Opiate

Teduglutid: Datum Beginn:

Dosis: ☐ 5mg ☐ 1,25mg

Dosis/d: ☐ 1 (volle Dosis) ☐ 0,5 (halbe Dosis)

Gallenssäurebinder ☐ Colestyramin ☐ Colesevelam

REGISTER KURZDARMSYNDROM & DARMVERSAGEN

Dokumentationsbogen

REKUDA

Patientenidentifikationsnummer

Begleitmedikation

Begleitmedikation im Verlauf

Antisekretorische Therapie: ☐ **PPI in antisekretorischer** ○ p. o. ○ i. v. ☐ **Somatostatinanaloga**

Immunsupressiva: ○ Bei CED oder rheumatischen Erkrankungen ○ Nach Transplantation

Antikoagulationstherapie: ○ Niedermolekulare Heparine ○ Orale Antikoagulanzien ○ Neue orale Antikoagulanzien

Osteoporoseprophylaxe: ☐ Calcium ☐ 25-OH Vitamin D3 ○ p.o. ○ i.m.
☐ 1,25-OH Vitamin ☐ Bisphosphonate
☐ Freitext

Spurenelemente: ☐ Zink ☐ Selen ☐ Magnesium

Vitaminsubstitution (zusätzl. zu Ernährungszusätzen bzw. bei fehlender PN): ☐ Vitamin B12 ○ i.v. ○ i.m.

Komplikationen im Verlauf

Komplikationen im Verlauf *(Je eine Komplikation pro Visit hinterlegen, evtl. mehrere Visits codieren)*

Datum des Auftretens der Komplikation: (TT/MM/JJJJ)

Behandlung der Komplikation: ○ Ambulant ○ Stationär

Dauer der stationären Behandlung in Tagen:

Behandlung in der betreuenden Einrichtung: ○ nein ○ ja

Betreuung in anderer Einrichtung:
○ Klinik der Grund- und Regelversorgung
○ Klinik der Maximalversorgung
○ universitäre Maximalversorgungseinrichtung

Darmassoziierte Komplikationen:
○ Stomakomplikationen
○ Adhäsionen
○ Neue Ischämie

Neue/Progrediente Hepatopathie: Steatosis : ○ nein ○ ja | Fibrose: ○ nein ○ ja | Zirrhose: ○ nein ○ ja | Cholelithiasis: ○ nein ○ ja

Neue/progrediente Nephro Urolilithiasis: ○ nein ○ ja

Neues Nierenversagen: ○ Akut ☐ Stationäre Behandlung ☐ Dauer in Tagen: ○ Chronisch

Katheterassoziierte Komplikationen: ☐ Infektion ☐ Endokarditis ☐ Thrombose ☐ Katheterwechsel ○ nein ○ ja ☐ Verschluss ☐ Andere

Art des Katheters: Venöses Portsystem : ○ nein ○ ja | Getunnelt: ○ nein ○ ja

Name des Katheters : ○ Broviac ○ Hickmann ○ Groshong ○ Demers ○ Freitext

Picc-Line: ○ nein ○ **Katheter-Nummer** (durchnummerieren): **Sepsis:** ○ nein ○ ja **Neue Osteoporose:** ○nein ○ja

Re-Operationen am Darm: ☐ **Dringlichkeit** ○ Notfall-OP ○ Elektiv ○ Sekundär-Eingriff **Art der OP:**

Auswirkungen auf die Art des KDS — Typ I

Art des Stoma: ☐ Gastro-, Duodeno-, Jejuno-, Illeostoma ☐ Ascendo, Transverso, Descendostoma

Restdünndarmlänge in cm: Nach OP-Bericht: ☐ nein ☐ ja | Bildmorphologisch: ☐ nein ☐ ja

Verbliebene Darmabschnitte:
Duodenum: ☐ nein ☐ ja | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Jejunum: ☐ nein ☐ ja | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Ileum: ☐ nein ☐ ja | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Ileozökalklappe vorhanden: ☐ nein ☐ ja

Colon: ☐ nein ☐ ja **in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein
Vorhandene Anteile: Zökum (☐ ja ☐ nein) C. ascendes (☐ ja ☐ nein) C. transversum (☐ ja ☐ nein)
C. descendes (☐ ja ☐ nein) C. sigmoideum (☐ ja ☐ nein) Rektum (☐ ja ☐ nein)

Auswirkungen auf die Art des KDS — Typ II

Art der Anastomose: Jejunocolisch: ☐ nein ☐ ja

Restdünndarmlänge in cm: OP-Bericht: ☐ nein ☐ ja | Bildmorphologisch: ☐ nein ☐ ja

Verbliebene Darmabschnitte:
Duodenum: ☐ nein ☐ ja: | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Jejunum: ☐ nein ☐ ja | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Ileum: ☐ nein ☐ ja | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Ileozökalklappe vorhanden: ☐ nein ☐ ja

Colon: ☐ nein ☐ ja **in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein
Vorhandene Anteile: Zökum (☐ ja ☐ nein) C. ascendes (☐ ja ☐ nein) C. transversum (☐ ja ☐ nein)
C. descendes (☐ ja ☐ nein) C. sigmoideum (☐ ja ☐ nein) Rektum (☐ ja ☐ nein)

Darmanatomie vor Einleitung der Ernährungstherapie — Typ III

Art der Anastomose: Jejunocolisch: ☐ nein ☐ ja

Restdünndarmlänge in cm: OP-Bericht: ☐ nein ☐ ja | Bildmorphologisch: ☐ nein ☐ ja

Verbliebene Darmabschnitte:
Duodenum: ☐ nein ☐ ja: | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Jejunum: ☐ nein ☐ ja | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Ileum: ☐ nein ☐ ja | in Kontinuität ☐ ja ☐ nein ☐ Länge in cm:
Ileozökalklappe vorhanden: ☐ nein ☐ ja | Colon: ☐ nein ☐ ja **in Kontinuität** ☐ ja ☐ nein

Colon **Vorhandene Anteile:** Zökum (☐ ja ☐ nein) C. ascendes (☐ ja ☐ nein) C. transversum (☐ ja ☐ nein)
C. descendes (☐ ja ☐ nein) C. sigmoideum (☐ ja ☐ nein) Rektum (☐ ja ☐ nein)

REGISTER KURZDARMSYNDROM & DARMVERSAGEN

Dokumentationsbogen

REKUDA

Patientenidentifikationsnummer

Transplantation

○ Kandidat, aber kontraindiziert ○ Kandidat und gelistet ○ Transplantiert ○ Datum der TX (TT/MM/JJJJ)

Art der Transplantation:		Grund für die Transplantation: ☐ Katheterinfektionen ☐ Weitere		
	☐ Dünndarmtransplantation	Outcome der Transplantation:	☐ Oral kompensiert	☐ Partielle Autonomie (PN ≤3/d Woche = mgl.)
	☐ Kombiniert		☐ Transplantatverlust	☐ Keine Autonomie (tägliche PN)
	☐ multiviszerale Transplantation		☐ Tod	☐ Andere

Kl. Verlauf

Klinischer Verlauf

Aktuelles Gewicht zum Zeitpunkt des Visits (kg)	Stuhlfrequenz (Anzahl/d)
Stomawechsel (Anzahl/d)	Urinvolumen (ml/24h)

Ernährung

Ernährungsstatus im Verlauf

BIA:		Indirekte Kalorimetrie:	
	☐ Phasenwinkel (α)		☐ RQ
	☐ ECM/BCM-Index		☐ REE
	☐ Grundumsatz (kcal)		

Soziale Situation

Soziale Situation

○ Berufsfähigkeit
○ Anzahl der Stunden/Wochen
○ Krankgeschrieben
○ Schwangerschaft unter Ernährungstherapie
Anzahl:
○ In häuslicher Umgebung lebend
○ In Pflegeeinrichtung

Mobilität zum Zeitpunkt des Visits:
○ Bettlägerig
○ abhängig
○ selbständig

Betreuende Einrichtung:

○ Fachrichtung	○ Praxis	○ Klinik
	○ nein ○ ja	○ Klinik der Grund- und Regelversorgung ○ Klinik der Maximalversorgung ○ Universitäre Maxmalversorgungs-einrichtung

Ambulante Pflegeversorgung:
○ Häuslicher Pflegedienst
○ Angehörige
○ Patient selbst

Ambulante Ernährungsversorgung: ☐ Ernährungsteam ○ nein ○ ja

Verstorben

Verstorben

Todesdatum: (TT/MM/JJJJ)

Todesursache:
○ Krankheitsbezogen
  ○ Therapiebezogen
  ○ Organbezogen
○ Nicht-krankheitsbezogen
○ Unbekannt

Visite

Letzte Visite

Datum des letzten Visits: (TT/MM/JJJJ)

○ **Patient lebt**
○ **Lost to follow up**

Abschluss

Kommentare/Anmerkungen