

Empfehlung zur Versorgung neurochirurgischer Akutpatienten im Standard-KH bzw. der Notfallaufnahme bis zu deren definitiver Versorgung:

- Oberste Prämisse = ZEITVERZÖGERUNG VERMEIDEN!
- Informationen über den/die PatientIn:
Demographische Daten (Alter!), Notfallereignis und -zeitpunkt, initialer neurologischer Status, aktueller grobneurologischer Status (detaillierter GCS, Pupillenstatus) und Anamnese: Komorbiditäten, lfd. Medikation (besonders gerinnungsaktive und notärztliche), Dokumentation
- Oberkörperhochlagerung 30° bei kreislaufstabilen Patienten
- Zwei periphervenöse Zugänge
- Basismonitoring (RR, HF, SpO₂, bei beatmeten Pat. etCO₂ und BGA)
- CCT – Diagnosestellung und **Kontaktaufnahme mit Neurochirurgie** zur Entscheidung über Indikation und Dringlichkeit einer Intervention. Festlegung des geeigneten Transportmittels und frühzeitige Anforderung desselben
- **Kontaktaufnahme mit Neuroanästhesisten der Zielklinik** zur Festlegung der individuellen Therapie für den Transport, betreffend:
- Intubation bei GCS ≤ 9, Sedierung (unter Verwendung kurz wirksamer und gut steuerbarer Substanzen),
- Hämodynamik (Vermeidung exzessiver Hypertonie, Achten auf ausreichende cerebrale Perfusion unter Verwendung von Kristalloiden, Kolloiden und Katecholaminen. Festlegung eines Ziel-RR je nach Diagnose: SHT, SAB oder Insult)
- Labor (BB, Gerinnung, Leber- und Nierenfunktion) – Gerinnungssubstitution bei oraler Antikoagulation!

Wenn bis zum Transport noch Zeit bleibt, nützen zur Versorgung mit

- Arterieller Kanüle
- Blasenkatheter (wenn möglich Temperaturkatheter)
- ZVK

Die genannten Maßnahmen sollten den Transportbeginn jedoch nicht verzögern!

SCHNELLER UND MÖGLICHST SCHONENDER TRANSPORT DES HÄMODYNAMISCH STABILISIERTEN PATIENTEN/IN ZUR NEUROCHIRURGISCHEN VERSORGUNG

Bitte um nochmalige Kontaktaufnahme mit der übernehmenden Abteilung, sobald Patient die abgebende Abteilung verlassen hat!