

Eintrittsbericht

Beilage 3

[REDACTED] 1965 (55) Jahre

Notfallmässiger Eintritt vom: 21.08.2021

EA:

HA:

EG: Offene schweres Schädelhirntauma - initialer GCS 6 (1+1+4) - Fraktur os. frontale links - Kontusionsblutungen

Alter: 55 Jahre

PROBLEMLISTE BEI EINTRITT (21.08.2021, [REDACTED])

1. Offenes schweres Schädelhirntauma bei Mofaunfall vom 21.08.2021
 - initialer GCS 6 (1+1+4)
 - Offene Fraktur os. frontale links
 - Kontusionsblutungen links frontal
2. Schädelbasisfraktur
3. Multiple Gesichtschädelfrakturen bei Mofaunfall vom 21.08.2021
 - Fraktur os. zygomaticus rechts
 - Felsenbein rechts
 - Fraktur sinus maxilaris bds. mit Hämatosinus
 - Fraktur os. ethmoidale bds.
4. Vd.a. Kompressionsfraktur BWK 10

INITIALE BEHANDLUNG

Abklärungen:

CT Polyspirale: Kontusionsblutungen links frontal, offene Fx os. frontale li, diverse Gesichtschädelfrakturen siehe Diagnoseliste

Therapien:

Tetanusrappel
2.2 CoAmoxi

Beurteilung vom 21.08.2021:

55j Patient, intubiert und relaxiert, hämodynamisch stabil.

Procedere:

ad Ortho: im Verlauf stehende Bilder zur Beurteilung der BWK 10 Fraktur
HNO Beurteilung postoperativ

ANAMNESE

JL

Notfallmässige Zuweisung durch die REGA nach Töffliunfall mit Verdacht eines offenes Schädel-

Hirn-Traumas. Der Patient sei mit seinem Töffli mit einem Auto, das mit einer Geschwindigkeit von 80km/h unterwegs gewesen sei, zusammengestossen. Er habe einen Helm angehabt, der nicht verschlossen war und direkt beim Aufprall weggefliegen sei.

Initial zeigte sich bei der REGA der Patient in Seitenlage mit einer GCS von 6 (A:1, V:1, M:4). Ihm sei Blut aus dem Mund herausgelaufen. Das linke Auge sei ein Glasauge gewesen, das bei dem Unfall herausgefallen sei.

In unserem Schockraum präsentierte sich ein intubierter Patient in Narkose, A-, B- und C- stabil. GCS aufgrund der Narkose bei 3. Der Patient habe bereits präklinisch eine Immobilisation mittels Stifneck und Vakuummatratze erhalten.

Im Polytrauma-CT zeigte sich.....

Laborchemisch sehen wir eine dezente Leukozyturie; eine verminderte GFR und eine erhöhte Creatinkinase.

Der Patient wurde direkt vom Schockraum in den Operationssaal verlegt zur Einlage einer ICP-Sonde rechts und Wundversorgung.

PA

nicht eruierbar

Keine Allergien erfasst.

Befunde bei Eintritt:

Primary Survey

A: Atemwege frei, HWS mittels Stifneck immobilisiert, Halsvenen nicht gestaut.

B: intubierter Patient, SpO2 98% unter 0.96 FiO2, AF 15/min, keine Prellmarken, Thoraxexkursionen beidseits symmetrisch, Thorax stabil, Thoraxkompressionsschmerz nicht beurteilbar, Lunge beidseits symmetrisch belüftet.

C: BD 189/122 mmHg, P 100/min, Rekap <2sek. keine Prellmarken am Abdomen und Becken ersichtlich, Abdomen weich, Becken stabil. Femur beidseits stabil.

D: GCS 3 unter Narkose, Pupillen rechtsvprompte direkte und indirekte Lichtreaktion, links fehlender Augapfel bei St.n. Glasauge. Lateralisationszeichen nicht beurteilbar.

E: T 37,2°C. diverse Exkoriationen und Rissquetschwunden im Kopfbereich, Blutung aus Nase.

Secondary Survey

55-jähriger Patient, intubiert und narkotisiert.

Gesicht/Kopf: Multiple Prellmarken.

Cor: Herztöne rein, Herzaktion rhythmisch.

Pulmo: Keine Hämatome, Kompressionsstabil. Vesikuläres Atemgeräusch bei ventraler Auskultation, keine Nebengeräusche.

Abdomen: Keine Prellmarken. Bauchdecke weich, keine Abwehrspannung. Darmgeräusche regelrecht.

Becken: Kompressionsstabil.

Extremitäten: Keine sichtbare Fehlstellung, peripherer Puls kräftig palpabel.

Gesamte Wirbelsäule: Keine Prellmarken. Keine Hämatome. Korrektes Alignment der Proc. spinosi ohne Stufe.

Neurologie: Motorik und Sensorik aufgrund Narkose nicht beurteilbar.

21.08.2021