

|                 |   |         |       |
|-----------------|---|---------|-------|
| Dokument        | Worksheet GEBS<br>(Dokumentation Blutverlust) | Version | 2.0   |
| Geltungsbereich | SWIFT Trial                                   | Ersetzt | V 1.0 |

|       |              |                       |
|-------|--------------|-----------------------|
| Datum | Gewicht (kg) | Patientinnen-Etikette |
|       | Temperatur   |                       |

**Blutverlustmessung** (bis Abschluss initialer PPH-Therapie, innerhalb von 24 Stunden)

|    |   | Blutverlust in ml (1g = 1 ml)    |                                  |
|----|---|----------------------------------|----------------------------------|
| A1 | <b>Gewogen (Netto total)</b><br>(z.B. Moltex, Binden)                             |                                  |                                  |
| A2 | <b>Gemessen (total)</b><br>(Blutmessbeutel, OP-Sauge)                             |                                  |                                  |
| A3 | <b>Ggf. zusätzlich geschätzt</b><br>(z.B. Fussboden, Transport)                   | Geschätzt <b>MIN</b><br>_____ ml | Geschätzt <b>MAX</b><br>_____ ml |
| A  | <b>GESAMT</b> (A = A1 + A2 + A3)<br><b>(Kumulativ bis Abschluss PPH-Therapie)</b> | _____ ml<br>min                  | _____ ml<br>max                  |

**Blutverlust und Medikamenten-Gabe**

|  | <u>Kumulativer</u> Blutverlust in ml<br>(zu diesem Zeitpunkt) | Uhrzeit |
|--|---|---------|
| Bei Gabe <b>Tranexamsäure</b><br>(Cyklokapron®)          |   |         |
| Bei Gabe <b>Fibrogammin®</b><br>(nur Fibrogammin-Gruppe) |   |         |

**Wurden im Verlauf der PPH-Therapie weitere Gerinnungsprodukte verabreicht?**

2. Dosis Tranexamsäure, Fibrinogen [Haemocomplettan®], FXIII [Fibrogammin®], FFP, EC, TC etc.

**JA**   **NEIN**

*falls JA:*  Gabe **vor Erreichen** 1500 ml Blutverlust (oder 1100 ml bei <60kg)  
 Gabe **nach Erreichen** 1500 ml Blutverlust (oder 1100 ml bei <60kg)

**Uhrzeit, wann 1500 ml (≥60kg\*) Blutverlust erreicht wurden (falls zutreffend)**

(\*1100 ml bei Patientinnen < 60kg)

### Weiterer klinisch relevanter Blutverlust

(nach **Abschluss der initialen PPH-Therapie**, falls relevante Blutung erneut auftritt, innerhalb von 24 Stunden)

|    |  |                                  |                                  |
|----|--|----------------------------------|----------------------------------|
| B1 | <b>Gemessen/gewogen</b><br>(Beutel, gewogene Binden, OP-Sauge etc.) _____ ml |                                  |                                  |
| B2 | <b>Geschätzt</b><br>(Boden, Bettlaken, Transport etc.)                       | Geschätzt <b>MIN</b><br>_____ ml | Geschätzt <b>MAX</b><br>_____ ml |
|    | <b>GESAMT IN 24h</b> (A + B1 + B2)   | _____ ml<br>min                  | _____ ml<br>max                  |

**Unterschrift und Datum (Ärzt:in Gebärsaal):** \_\_\_\_\_  
*Worksheet bitte im Studienfach deponieren!*

**Visum PI/Stellvertreter\*in mit Datum:** \_\_\_\_\_  
(nach Abschluss Dokumentation)