

8 Anhang

Fragebogen

Angaben zur Praxiseinordnung

Bundesland:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Klinik für Pferde | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis |
| <input type="checkbox"/> Fachpraxis für Pferde | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Gemischtpraxis | |

1.) Wie oft setzen Sie die intravenöse Infusionstherapie beim Pferd ein?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> selten (Abstand v. mehreren Monaten) |
| <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> mehrmals monatlich | |

2.) Art der Infusion

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dauertropfinfusion | <input type="checkbox"/> Hyperinfusion | <input type="checkbox"/> beides |
|---|--|---------------------------------|

3.) Bei welchen Indikationen setzen Sie die intravenöse Infusionstherapie ein?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enteritis / Typhlocolitis | <input type="checkbox"/> Hyperlipämie |
| <input type="checkbox"/> paralytischer Ileus | <input type="checkbox"/> Cardioversion (Vorhofflimmern) |
| <input type="checkbox"/> Obstipationskolik | <input type="checkbox"/> Anästhesie |
| <input type="checkbox"/> Myopathien | <input type="checkbox"/> neonatale Diarrhoe |
| <input type="checkbox"/> chron.-obstr. Bronchitis | <input type="checkbox"/> Fehlanpassungs-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Schockformen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

4.) Welche Infusionslösungen verwenden Sie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> isotonische NaCl-Lösungen | <input type="checkbox"/> Pufferlösungen |
| <input type="checkbox"/> Elektrolytlösungen | <input type="checkbox"/> Plasmaexpander
(HAES®, Gelafundin® u.a.) |
| <input type="checkbox"/> aminosäurehaltige Lösungen | |
| <input type="checkbox"/> kohlenhydrathaltige Lösungen | |

5.) Ort des venösen Zuganges

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vena jugularis externa | <input type="checkbox"/> Vena thoracica superf. | <input type="checkbox"/> sonstige |
|---|---|---|

Infusionsrichtung

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> herzwärts | <input type="checkbox"/> nach distal |
|------------------------------------|--------------------------------------|

6.) Wie lange belassen Sie den Zugang bei längerer Therapiedauer in der Vene?

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | <input type="checkbox"/> 3 Tage | <input type="checkbox"/> 5 Tage |
| <input type="checkbox"/> 2 Tage | <input type="checkbox"/> 4 Tage | <input type="checkbox"/> max. Tage |

7.) In welcher Form pflegen Sie den venösen Zugang?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> spülen mit reiner NaCl-Lösung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> spülen mit heparinhaltiger NaCl-Lösung | <input type="checkbox"/> keine spezielle Pflege |

8.) Verschluss des venösen Zugangs während der Infusionspausen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> einfacher Verschlussstopfen | <input type="checkbox"/> Mandrin |
| <input type="checkbox"/> Ausfüllen des Flexülen-/ Katheterlumens mit heparinhaltiger NaCl-Lösung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

9.) Welches technische Material verwenden Sie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Venenverweilkatheter (Flexüle / Brauntüle) | <input type="checkbox"/> Venenkatheter |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Vorratsbehälter für die Infusionslösung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kunststoff-Flaschen | <input type="checkbox"/> Kunststoff-Kanister |
| <input type="checkbox"/> Glas-Flaschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff-Beutel | |
| <input type="checkbox"/> Verwendung von Originalpackungen | <input type="checkbox"/> Umfüllen in andere Vorrats- oder Mischbehälter |

Fixation des venösen Zugangs durch:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Klebeband | <input type="checkbox"/> Nahtmaterial |
| <input type="checkbox"/> selbstklebende Binde | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

10.) Organisation der Durchführung (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pferd fixiert in der Box | <input type="checkbox"/> Freilauf in der Box bei flexiblem Infusionsbesteck |
| <input type="checkbox"/> Pferd im Untersuchungsstand fixiert | |
| <input type="checkbox"/> Festhalten des Pferdes durch Hilfsperson | |
| <input type="checkbox"/> Aufhängen des Infusionsbehälters | <input type="checkbox"/> manuelles Hochhalten des Infusionsbehälters |

11.) Mit welchen Komplikationen bei der intravenösen Infusionstherapie haben Sie Erfahrungen gemacht?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Endophlebitis | <input type="checkbox"/> anaphylaktische / anaphylaktoide Reaktionen ohne Todesfolge |
| <input type="checkbox"/> Periphlebitis | <input type="checkbox"/> anaphylaktische / anaphylaktoide Reaktionen mit Todesfolge |
| <input type="checkbox"/> Thrombophlebitis | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Phlebothrombose | |
| <input type="checkbox"/> perivenöse Hämatome | |

12.) Wie hoch schätzen Sie das Risiko der intravenösen Infusionstherapie ein?

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Bei hohem Krankheitsgrad: | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> gering |
| Bei geringem Krankheitsgrad: | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> gering |

13.) Wie beurteilen Sie die Durchführbarkeit der intravenösen Infusionstherapie unter Praxisbedingungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zu aufwendig | <input type="checkbox"/> praktikabel |
| <input type="checkbox"/> zu risikoreich | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Ist die intravenöse Infusionstherapie in Ihrer Praxis/Klinik relevant?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|