

A1) Endpunktereignis Schlaganfall

Definition: Neu aufgetretenes fokales neurologisches Defizit mit vermutlich oder sicherer vaskulärer Ursache und Symptombdauer von wenigstens 24 Stunden (bzw. zum Tode führend)

Datum des Schlaganfalls	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> (Tag/Monat/Jahr)										
betroffene Hirnseite	<input type="checkbox"/> ₁ rechts <input type="checkbox"/> ₂ links <input type="checkbox"/> ₃ unklar										
Dauer bis zur vollständigen Rückbildung der Symptome	<input type="checkbox"/> ₁ <24h <input type="checkbox"/> ₂ ≥24h <input type="checkbox"/> ₃ anhaltend										
betroffenes Gefäßterritorium	<input type="checkbox"/> ₁ A. cerebri anterior <input type="checkbox"/> ₂ A. cerebri media <input type="checkbox"/> ₃ A. cerebri posterior <input type="checkbox"/> ₄ vertebrobasilär										
Infarkt(e) im Versorgungsgebiet der studienrelevanten Karotis-Stenose*	<input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja										
Typ	<input type="checkbox"/> ₁ ischämisch <input type="checkbox"/> ₂ hämorrhagisch <input type="checkbox"/> ₃ unklar										
Zusammenhang mit CABG +/- CEA	<input type="checkbox"/> ₁ gesichert <input type="checkbox"/> ₂ wahrscheinlich <input type="checkbox"/> ₃ möglich <input type="checkbox"/> ₄ unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> ₅ keiner <input type="checkbox"/> ₆ nicht beurteilbar										
Zusatzdiagnostik											
Art der Untersuchung	<input type="checkbox"/> ₀ keine <input type="checkbox"/> ₁ ja, folgende: <input type="checkbox"/> ₁ CCT <input type="checkbox"/> ₁ MRT Schädel <input type="checkbox"/> ₁ Angiografie <input type="checkbox"/> ₁ Doppler / Duplex										
Bestätigung in der Bildgebung	<input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja										
Detaillierte Beschreibung des Ereignisses:											

Hinweis: 30 Tage nach dem Schlaganfallbeginn soll der Patient kontaktiert werden und der Rankin-Score erhoben werden (nächste Seite)

*Hier ist die Stenose gemeint, deren Behandlung in „simultane CEA“ bzw. „keine OP“ randomisiert wurde (siehe Seite 4 / Screening)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift Prüfarzt

Name (Druckbuchstaben)

BITTE INNERHALB 7 TAGE FAXEN AN: **FAX Nr. 0201 723 947 4134**

CABACS DRKS00000521	Patienten-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Outcome Event Schlaganfall
-------------------------------	---	---

Schlaganfall Follow-Up (Outcome nach 30 Tagen)

Datum des Schlaganfalls	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tag/Monat/Jahr)
Datum des Patientenkontaktes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tag/Monat/Jahr)
Art des Patientenkontaktes	<input type="checkbox"/> ₁ persönlich <input type="checkbox"/> ₂ telefonisch <input type="checkbox"/> ₃ über Dritte (Hausarzt, Angehörige, etc.)
Rankin-Skala (Standardisierte Fragen auf der Rückseite)	<input type="checkbox"/> ₀ Rankin 0: keine Symptome <input type="checkbox"/> ₁ Rankin 1: Symptome ohne Behinderung <input type="checkbox"/> ₂ Rankin 2: Funktionell geringgradige Behinderung <input type="checkbox"/> ₃ Rankin 3: Deutliches Defizit, aber selbständige Gehfähigkeit <input type="checkbox"/> ₄ Rankin 4: Schweres Defizit, nur mit Hilfsperson gehfähig <input type="checkbox"/> ₅ Rankin 5: Invalidisierendes Defizit, bettlägerig <input type="checkbox"/> ₆ Rankin 6: Tod

Datum

Unterschrift Prüfarzt

Name (Druckbuchstaben)

BITTE INNERHALB 7 TAGE FAXEN AN: **FAX Nr. 0201 723 947 4134**

modifizierte Rankin-Skala (strukturiertes Interview)	<i>bis zum ersten ‚ja‘ fragen bzw. bis alles ‚nein‘</i>
<p><i>Bei Interview mit Angehörigen [Sie] durch [Ihr Angehöriger / er] bzw. [Ihre Angehörige / sie] ersetzen.</i></p> <p>Benötigen [Sie] ständige Pflege?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 5 ja sehr schwere Behinderung: Bettlägerig, inkontinent, ständige Betreuung in nahezu allen täglichen Verrichtungen nötig.
Ist Unterstützung erforderlich für Essen, Toilettenbenutzung, tägliche Körperpflege oder Gehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 4 ja schwere Behinderung: Fortbewegung ohne Hilfe nicht möglich; Hilfe bei der Verrichtung körperlicher Tätigkeiten (Körperpflege, Toilettenbenutzung etc.) nötig.
Ist Unterstützung erforderlich um eine einfache Mahlzeit vorzubereiten, um Hausarbeiten zu tun, um sich ums Geld zu kümmern, einzukaufen oder vor Ort zu reisen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 3 ja mäßige Behinderung: Geringe Unterstützung nötig, jedoch Fortbewegung mit Hilfsmittel oder ohne Hilfe möglich.
<p>Hat es eine Änderung gegeben in [Ihrer] Fähigkeit zu arbeiten oder sich um andere zu kümmern, wenn dies [Ihre] vorherigen Aufgaben waren?</p> <p>Hat es eine Änderung gegeben in [Ihrer] Fähigkeit an früheren sozialen und Freizeitaktivitäten teilzunehmen?</p> <p>Haben [Sie] Probleme mit Beziehungen gehabt oder haben [Sie] sich abgesondert?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 2 ja geringe Behinderung: Nicht alle früheren Tätigkeiten können durchgeführt werden, jedoch unabhängige Lebensführung ohne Hilfe möglich.
<p>Haben [Sie] Schwierigkeiten beim Lesen oder Schreiben, beim Sprechen oder die richtigen Worte zu finden?</p> <p>Haben [Sie] Probleme mit dem Gleichgewicht oder der Koordination, Probleme mit dem Sehen?</p> <p>Haben [Sie] taube Stellen (Gesicht, Arme, Beine, Hände, Füße) oder Bewegungsverluste (Gesicht, Arme, Beine, Hände, Füße)?</p> <p>Haben [Sie] Schwierigkeiten beim Schlucken oder andere Symptome?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 ja keine signifikante Behinderung: Trotz klinischer Symptome können alle täglichen Verrichtungen selbständig ausgeführt werden.
<i>Wenn alles verneint wird, hier ankreuzen:</i>	<input type="checkbox"/> 0 keine Einschränkung / Behinderung: Keine Symptome