

Abfragebogen für Patienten mit ECMO unterstütztem Intensivtransport

Internistische Int. St. 93: Tel 0941- 944 1 7350 Fax 944 7365

Herzchirurgie St. 97: Tel 0941-944 9834 Fax 944 9832 | Anästhesiologische Int. St. 90: 0941- 944 7920 Fax 944 7924

Externe Klinikdaten		Patientendaten	
Datum:	Uhrzeit:	Patientenname:	
Klinik:		Geburtsdatum:	
Station:		Größe:	Gewicht:
Anrufer:		Aufnahmedatum:	
Rückrufnummer:			

Anamnese			
Keimnachweis:	Abstriche:	Multiresistente Erreger:	
Antibiosen:		Isolationspflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Neurologie:		CT vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Respiration			Hämodynamik
Beatmungsbeginn:			Noradrenalin (mg/h):
FiO ₂ :		pH:	Adrenalin (mg/h):
AMV:	TV:	P _a O ₂	Blutdruck:
PEEP:	PIP:	P _a CO ₂ :	ZVD:

Labor		
Kreatinin:	Bilirubin:	Laktat:
GOT:	Hb:	CVVHF: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PTT:	Leukozyten:	CT-Thorax:
INR:	Thrombozyten:	ECHO/TEE:
		IABP:

Zugänge			
ZVK:	Ort:	Shaldon:	
Arterie:	Ort:		
Gefäßprothesen in Leiste:			
Thoraxdrainagen:			

Informationen an (Funk 1485)			
Kardiotechniker:	HTC OA:(Bei kardialem Versagen):		

Transport mit ECMO	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Organversagen primär:		<input type="checkbox"/> kardial <input type="checkbox"/> respiratorisch	
Aufnehmende Station im UKR:			
Übernahme zugesagt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Uhrzeit:	
Bearbeiter:			

