

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:	Blutdruck:	
PEEP:	PIP:	ZVD:	
	P _a O ₂ :		
	P _a CO ₂ :		

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

