

Anfrage zur Übernahme in ein Zentrum mit ECMO

(im Vorfeld oder auch nach Verlegung bitte ausfüllen bzw. beim Telefonat besprechen)

Externe Klinik		Patient	
Datum	Uhrzeit	Patientenname	
Klinik		Geburtsdatum / Alter	
Station	Größe	Gewicht	
Anrufer	Aufnahme Krankenhaus		
Telefon / Fax	Aufnahme Intensivstation		
E-Mail	Krankheitsbeginn / Datum		

Anamnese / Diagnose	
<p>Blutkulturen Wann / Datum</p> <p>TBS/BAL Ergebnisse</p> <p>Resistente Erreger</p> <p>Isolation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Influenza-Nachweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann / Datum</p> <p>CoV-2-Nachweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann / Datum</p> <p>Sonstige Erreger</p> <p>Antibiotika-Therapie</p> <p>Antivirale Therapie</p> <p>Relevante andere Med. aktuell (z.B. Steroide, Antiaggregation, Antikoagulation)</p> <p>Neurologischer Befund vor Intubation Wach <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Intubation außerklinisch Fokale Neurologie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Röntgen Thorax Befund CT- Thorax / Datum Befund cCT liegt vor / Datum Befund</p> <p>Reanimation / Datum: ROSC nach Minuten:</p> <p>Vorerkrankungen / Medikation vor Erkrankungsbeginn:</p> <p><input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz / Dialyse <input type="checkbox"/> Diab. mell. <input type="checkbox"/> Steroidmedikation <input type="checkbox"/> Andere Immuntherapeutika</p>	

Respiration		Hämodynamik
Beatmungsbeginn		Noradrenalin [mg/ml]ml/h
High flow / Datum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dobutamin [mg/ml] ml/h
NIV / Datum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epinephrin [mg/ml] ml/h
Intubation / Datum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Andere Inotropika
Tracheotomie / Datum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutdruck arteriell [mmHg]
Dialtativ <input type="checkbox"/>	chirurgisch <input type="checkbox"/>	Herzfrequenz [/min]
Zugänge:	Dialyse / wo	Nierenersatztherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ZVK / wo	Arteriell / wo	SOFA [Punkte]
Gefäßprothese Leiste wo / nein		
Erweitertes Monitoring (TTE/TEE/PiCCO/..)		
Erweitertes Monitoring (TTE/TEE/PiCCO/..)		
Ernährung enteral <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Labor / Datum			
Hb [g/dl]	Leukozyten	TPZ [%]	Bilirubin []
Thrombozyten	CRP [mg/l]	PTT[Sek]	GOT [IE]
Kreatinin []	PCT [µg/l]	INR	GPT[IE]
GFR [ml/min]	IL-6 [pg/ml]	D-Dimer [µg/l]	µGT [IE]
Troponin T [µg/ml]	CK/CK-MB [IE]	Myoglobin [mg/dl]	LDH [IE]
DIFF-BB: Lymphozytose?			

Gasaustausch / BGA		Bauchlage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein , Datum / Std.	
Datum / Uhrzeit (auch für weitere Telefonate im Verlauf)		Datum / Uhrzeit	
FiO ₂	SaO ₂	FiO ₂	SaO ₂
PIP	SvO ₂	PIP	SvO ₂
PEEP	paO ₂	PEEP	paO ₂
AF	paCO ₂	AF	paCO ₂
AZV	HCO ₃	AZV	HCO ₃
AMV	BE	AMV	BE
I:E	Laktat	I:E	Laktat
	BZ		BZ
	K ⁺		K ⁺
	Na ⁺		Na ⁺

Übernahme gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beratung gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapazitäten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übernahme zugesagt / Datum / Uhrzeit
Transport mit ECMO <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bearbeiter	