

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> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TBS/BAL Ergebnisse</th> <th>Resistente bakterielle Erreger Isolation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> S. aureus <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> Enterobacter spp. <input type="checkbox"/> Kleb. spp. <input type="checkbox"/> Stenotrophomonas spp. <input type="checkbox"/> P. aerug. <input type="checkbox"/> Andere: </td> <td> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </td> </tr> </tbody> </table>		TBS/BAL Ergebnisse	Resistente bakterielle Erreger Isolation	<input type="checkbox"/> S. aureus <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> Enterobacter spp. <input type="checkbox"/> Kleb. spp. <input type="checkbox"/> Stenotrophomonas spp. <input type="checkbox"/> P. aerug. <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
TBS/BAL Ergebnisse	Resistente bakterielle Erreger Isolation									
<input type="checkbox"/> S. aureus <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> Enterobacter spp. <input type="checkbox"/> Kleb. spp. <input type="checkbox"/> Stenotrophomonas spp. <input type="checkbox"/> P. aerug. <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
<p>Influenza-Nachweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann / Datum / Wo</p>										
<p>SARS-CoV-2-Nachweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann / Datum / Wo</p>										
<p>Antibiotika-Therapie</p>	<p>Antivirale Therapie</p>									
<p>Relevante andere Medikamente 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> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> COPD</td> <td><input type="checkbox"/> KHK</td> <td><input type="checkbox"/> Diab. mell.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung</td> <td><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz / Dialyse</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Steroidmedikation</td> <td><input type="checkbox"/> Andere Immuntherapeutika</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> Diab. mell.	<input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz / Dialyse		<input type="checkbox"/> Steroidmedikation	<input type="checkbox"/> Andere Immuntherapeutika	
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> Diab. mell.								
<input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz / Dialyse									
<input type="checkbox"/> Steroidmedikation	<input type="checkbox"/> Andere Immuntherapeutika									
<p>Bemerkungen / andere:</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/..)		
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	