

Datenerhebung zur Patientenübernahme ins Weaning-Zentrum



Seit wann wird der Patient beatmet?

Tracheotomie: Ja Nein

Wann?

dilatativ

plastisch

Wie lange kann der Patient spontan atmen? Minuten

BGA		
FiO ₂ / L	<input type="text"/>	L
pH	<input type="text"/>	<input type="text"/>
paO ₂	<input type="text"/>	mmHg
paCO ₂	<input type="text"/>	mmHg
BE	<input type="text"/>	mmol/l
O ₂ -Sätt.	<input type="text"/>	%

Beatmung		
Modus	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEEP	<input type="text"/>	mbar
Pinsp	<input type="text"/>	mbar
AF	<input type="text"/>	/min
Vt	<input type="text"/>	ml

Problemkeime (ankreuzen):

Keim	Ja	Nein	Datum	(Abstrich-) Ort
ESBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Norovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antibiotische Therapie:

-
-

Katecholamine:

-
-

Sedierung/Analgesie:

-
-

Datenerhebung zur Patientenübernahme ins Weaning-Zentrum



Zugänge/Versorgung:

PEG SPK DK ZVK Sheldon-K.
Venöser Zugang arterieller Zugang

Labor:

Hb _____ g/dl Leuko _____ /ul Thrombo _____ /ul
GOT _____ U/l GPT _____ U/l Bili _____ mg/dl
Krea _____ mg/dl Hst _____ mg/dl CK _____ U/l
Na _____ mmol/l K _____ mmol/l CRP _____ mg/dl

Sonstiges (z.B. aktuelle Medikation):

Anmeldung durch:

Arzt/Ärztin: _____

Abteilung/Station: _____

Krankenhaus: _____

Telefon(Fax)nummer: _____ (_____)

Donau-Ries Klinik Oettingen

Kellerstraße 15

86732 Oettingen i. Bay.

Telefon: 09082 / 79 30 201

Telefax: 09082 / 79 30 211

Bei einer Verlegung des Patienten bitte die Röntgenbilder, weitere Bildgebung und Diagnostik mitgeben.

Datenerhebung zur Patientenübernahme ins Weaning-Zentrum



Zugänge/Versorgung:

PEG SPK DK ZVK Sheldon-K.
Venöser Zugang arterieller Zugang

Labor:

Hb _____ g/dl Leuko _____ /ul Thrombo _____ /ul
GOT _____ U/l GPT _____ U/l Bili _____ mg/dl
Krea _____ mg/dl Hst _____ mg/dl CK _____ U/l
Na _____ mmol/l K _____ mmol/l CRP _____ mg/dl

Sonstiges (z.B. aktuelle Medikation):

Anmeldung durch:

Arzt/Ärztin: _____

Abteilung/Station: _____

Krankenhaus: _____

Telefon(Fax)nummer: _____ (_____)

Donau-Ries Klinik Oettingen
Kellerstraße 15
86732 Oettingen i. Bay.
Telefon: 09082 / 79 30 201
Telefax: 09082 / 79 30 211

Bei einer Verlegung des Patienten bitte die Röntgenbilder, weitere Bildgebung und Diagnostik mitgeben.