

Datenerhebung zur Patientenübernahme ins Weaning-Zentrum



Datum der Anfrage:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____

Stationär seit: _____ Auf ICU seit: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Vigilanz: RASS-Score: _____ Ramsey: _____

Führende Grunderkrankung(en) als Ursache der Beatmung:

1. _____

2. _____

Führende aktuelle Diagnose(n) als Ursache der Beatmung:

3. _____

4. _____

Weitere Diagnosen:

5. _____

6. _____

7. Apoplex Niereninsuffizienz Dialysenotwendigkeit

KHK Herzinsuffizienz Apoplex

8. Dekubiti (Lokalisation/Größe/Grad)

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Spezielle Lagerung (Bett/Matratze): _____

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:

1.
2.

Katecholamine:

1.
2.

Sedierung/Analgesie:

1.
2.

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.