

Anmeldung zur Patientenübernahme in das Weaning-Zentrum Speyer

Anmelde-Fax: 06232 - 133 394 Anmeldedatum: _____

Patientendaten					
Name, Vorname				geb. am	
Straße, PLZ, Ort					
Krankenversicherung				Vers.Nr.	
Gewicht		Größe		Sprache (falls nicht Deutsch)	

Abgebende Klinik					
Krankenhaus				Telefon	
Station				<input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> IMC <input type="checkbox"/> Normalstation	
Ansprechpartner ärztlich				Telefon	
stationär seit		auf ICU seit		Fax	

Vigilanz					
RASS am Tag		RASS in der Nacht		<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> delirant	
Sedierung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, mit:				

Führende <u>aktuelle Diagnosen</u> als Ursache der Beatmung (inkl.relevante operative Eingriffe)

Führende <u>Grunderkrankung</u> als Ursache der Beatmung
<input type="checkbox"/> COPD Stadium _____ <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz NYHA _____ <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz Stadium _____ <input type="checkbox"/> Dialysepflicht (chronisch)

Weitere Diagnosen

- COPD Stadium _____ Asthma KHK Herzinsuffizienz NYHA _____ LVEF _____%
 Niereninsuffizienz Stadium _____ Demenz Psychose
 Apoplex (ohne Residuen mit Residuen _____)
 Dialysepflicht besteht weiterhin iHD CVVHD(F) SLEDD
 sonstige (Freitext)

Wurden während des Aufenthaltes operative Eingriffe durchgeführt? (Haupteingriffe benennen)

- nein ja, folgende:

- operative Versorgung abgeschlossen
 operative Versorgung noch ausstehend:

Respiratorische Situation

beatmet seit		<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> NIV
Tracheotomie		<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> chirurgisch-plastisch
Wie lange kann der Patient spontan atmen?	X	min	<input type="checkbox"/> FN/T-Stück <input type="checkbox"/> HighFlow
Beatmungsparameter		BGA	
Modus		pH	
FiO ₂		paO ₂	mmHg
P _{insp}	cmH ₂ O	paCO ₂	mmHg
PEEP	cmH ₂ O	HCO ₃	mmol/l
Af	/min	BE	
Vt	ml	O ₂ -Sättigung	%

Laborparameter (falls Werte vorhanden)

Leuko/μl		Hb (g/dl)		PLT /μl		CRP (mg/dl)	
PCT (ng/ml)		GOT (U/l)		GPT (U/l)		Bili (mg/dl)	
Krea (mg/dl)		Hrst (mg/dl)		GFR (ml/min)		CK (U/l)	
Na (mmol/l)		K (mmol/l)					

Zugänge
<input type="checkbox"/> ZVK (____ Lumen) <input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> PiCCO <input type="checkbox"/> Shaldon <input type="checkbox"/> PEG/PEJ <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> DK
<input type="checkbox"/> sonstige:

Medikamentöse Therapie (aktuell)	
Katecholamine	<input type="checkbox"/> Noradrenalin____mg/h <input type="checkbox"/> Dobutamin____mg/h <input type="checkbox"/> Adrenalin____mg/h <input type="checkbox"/> PDE-3-Hemmer <input type="checkbox"/> Levosimendan <input type="checkbox"/> sonstige:
Sedierung	
antibiotische Therapie	
weitere Medikamente	

Isolationspflichtige multiresistente Erreger				
zur Übernahme müssen aktuelle Abstriche vorliegen!				
Keim	pos	neg	Datum	(Abstrich-)Ort / Material
MRSA				
3-MRGN				
4-MRGN				
VRE				
Clost. diff.				
Noro-Virus				

Sonstiges			
Spezialbett		Spezialmatratze	

Interne Vermerke			
telefon. Erstkontakt		Übernahme geplant am	