

Übernahmeanfrage



Mehdi Afscharian, Chefarzt

Hufeland-Klinik Bad Ems GmbH
Taunusallee 5
56130 Bad Ems

Christof Lesch, Oberarzt

Christoph Hucklenbruch, Oberarzt

NIV

Weaning

Patientendaten Name: Vorname: Geb.-Datum:	Datum:		
	Ansprechpartner:		
	Klinik:		
	Rückruf Nr.:		
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg			
Dialysepflicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Dekubitus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grad: _____ Lokalisation: _____			
Wunden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lokalisation: _____			
Mikrobiologie			
Vor Übernahme müssen aktuelle Abstriche (Anal, Axel, Leiste, Stirn, Nase/Rachen, Trachealkanüle) des Patienten vorliegen (max. 5 Tage alt)			
Bekannt Besiedelungen/Infektionen:			
<input type="checkbox"/> MRSA			
<input type="checkbox"/> VRE			
<input type="checkbox"/> 3-4 MRGN -> Name des Keimes:			
<input type="checkbox"/> Acinetobacter species -> Name des Keimes:			
<input type="checkbox"/> Sonstige relevante Keime:			
Zentralvenöser Zugang: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lokalisation: _____			
Arterieller Zugang: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lokalisation: _____			
Herz/ Kreislauf <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> VHF HF: _____ RR: _____ mmHg			
Aktuell katecholaminpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Falls ja: Art des Katecholamins: _____ Aktuelle Dosierung: _____			
Vigilanz RASS _____ Delir <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zur Beatmung führende Grunderkrankung(en):			

Übernahmeanfrage



Als Ursache der Beatmung führende aktuelle Diagnose(n):	
Labor CRP: _____ mg/dl, Normwert: _____ Hb: _____ g/dl Kreatinin: _____ mg/dl	
Letzte BGA	
paCO ₂ spontan: _____ mmHg	paCO ₂ unter Beatmung: _____ mmHg
paO ₂ : _____ mmHg	bei FiO ₂ : _____ mmHg
pH: _____	
Abfrage Weaning	
<input type="checkbox"/> orale Intubation	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle (<input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> dilatativ) Größe (I.D.): _____ mm
Datum orale Intubation: _____	Datum Tracheotomie: _____
Spontanphase seit: _____	Aktuelle Dauer der Spontanphase/Tag: Min: _____ Std: _____
Abfrage NIV	
NIV seit: _____	
Mobilisierung	<input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> keine Einschränkung

Angenommen für:	Abgelehnt am:
-----------------	---------------