

Übernahme von ARDS-/ECLS-Patienten zur ECMO-Therapie

Bitte das Formular ausfüllen, ausdrucken und **faxen** an: **0231-95320085**
Anschließend bitte **anrufen** unter: **0231-95320140** oder 0231-95320142

Patientenetikett

Anfordernde Klinik:

Rückruf-Nummer:

Ansprechpartner:

Größe: Gewicht: BMI:

Intensiv-Aufnahme am:

NIV/High-Flow seit:

Intubation am:

Tubus/TK:

Isolationspflichtige Keime:

Haupt-Diagnose:

Vorerkrankungen: (Malignom, OP, Immunsuppression)

Beatmungsmodus:

seit:

Bauch-/Lagerung:

P_{Peak}:

PEEP:

Compliance:

AZV:

AF:

FiO₂:

pH:

p_aO₂:

p_aCO₂:

Horowitz:

Laktat:

CT-Thorax:

Hämodynamik:

Katecholamine (Art+Dosis)

MAP:

HF:

Rhythmus:

Z.n. CPR:

Infektiologie:

Erreger: Antibiose: seit:
seit:

CRP: PCT: Leukozyten: Temperatur:

Niere: Dialyse: seit:

Kreatinin: Harnstoff: Bilanz:

Labor:

Hb: Thrombozyten: Quick: INR: PTT:

Fibrinogen: Albumin: GOT: GPT: Bilirubin: Blutgruppe:

Kontraindikation Heparin? Ja/nein _____

Neurologie:

Pupillen: CT-Schädel:

Zugänge:

Arterie: wo/seit: ZVK: -Lumen wo/seit:

Sonstiges:

Hautdefekte:

Betreuungsvollmacht: ja/nein/eingeleitet: _____ für: _____

Patientenverfügung: ja/nein _____

Angehörige informiert: ja/nein _____ Tel.: _____

Name: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Röntgen-/CT-Bilder bitte bei der Verlegung als CD mitgeben oder online zur Verfügung stellen.

