

[Hier eingeben]

Klinik für Anästhesiologie

Direktor:

Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Meissner

Intensivstation 0119

Prof. Dr. med. Onnen Mörer

Leitender Oberarzt, Leiter Intensivmedizin

Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen **Adresse**

0551 / 39-67745 **Telefon**

0551 / 39-67485 **Fax**

Anmeldung:

Übernahme eines invasiv beatmeten Patienten zum Weaning von der Beatmung

➔ Bitte per Fax an: 0551/39-67485

Verlegende Klinik:

Behandelnde Arzt/Ärztin:

Kontakt/Tel.:

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Datum Krankenhausaufnahme:

Datum Aufnahme Intensivstation:

Hauptdiagnose

Ursache der respiratorischen Insuffizienz

☐ Akut exazerbierte COPD

☐ Herzinsuffizienz

☐ Neuromuskuläre Erkrankung (akut auf chronisch)

[Hier eingeben]

- ☐ Obesitas Hypoventilationssyndrom
- ☐ Pneumonie
- ☐ Postoperative respiratorische Insuffizienz
- ☐ Sepsis
- ☐ Trauma
- ☐ Sonstige:

Größe:

Gewicht:

Komorbiditäten

- ☐ Adipositas
- ☐ CIP/CIM
- ☐ COPD
- ☐ Diabetes
- ☐ Immunsuppressive Therapie
- ☐ Interstitielle Lungenerkrankung
- ☐ Koronare Herzerkrankung
- ☐ Leberzirrhose
- ☐ Linksherzinsuffizienz
- ☐ Neuromuskuläre Erkrankung
- ☐ Niereninsuffizienz
- ☐ Onkologische / hämatologische Erkrankung
- ☐ Pulmonale Hypertonie
- ☐ ZNS-Erkrankung: _____
- ☐ Sonstige:

Beatmung

Beatmet seit:

Tracheotomie am:

- ☐ dilatativ ☐ plastisch

Überwiegender Beatmungsmodus:

Beatmungseinstellungen

AF:

VT (ml):

Inspirationsdruck (mbar):

PEEP (mbar):

FiO₂:

Weitere:

[Hier eingeben]

BGA unter Beatmung

pO₂ (mmHg): pCO₂ (mmHg): pH: HCO₃ (mmol/l):

BE: SaO₂ FiO₂:

BGA Spontanatmung

pO₂ (mmHg): pCO₂ (mmHg) pH: HCO₃ (mmol/l):

BE: SaO₂:

Spontanatmungsversuch durchgeführt: ☐ ja ☐ nein

mit: ☐ feuchter Nase ☐ T-Stück (PEEP-Ventil) ☐ Sprechaufsatz

ass. Beatmung mit: ☐ High Flow CPAP ☐ CPAP/ASB (Pinsp: _____ mbar PEEP: _____ mbar)

Maximale Dauer einer Spontanatmungsphase (h): _____

Spontanatmungsphasen pro Tag: _____

Weaning-Stufe: _____

Wie oft wird abgesaugt?

ca. _____ x pro Tag Sekret eltrig? ☐ ja ☐ nein

Ggf. ergänzende Informationen:

Infektionen/ Hygiene

Bestehen aktuell Anzeichen eines Infektes? ☐ nein ☐ ja

Lokalisation: _____ Erreger: _____

Aktuelle Antibiose, Antimykotika, Virostatika: ☐ nein ☐ ja

Substanz: _____

Nachweis multiresistenter Erreger: ☐ nein ☐ ja

Erreger: _____

Andere hygienerelevante Befunde oder ggf. Kommentar zum Hygienestatus

Labor

CRP: Leukos: PCT:

Status Vigilanz

Wach: ☐ ja ☐ nein vigilanzgemindert: ☐ ja ☐ nein kooperativ: ☐ ja ☐ nein

vollständig orientiert: ☐ ja ☐ nein muss fixiert werden: ja ☐ nein ☐

Analosedierung/antidelirante Therapie ☐ nein ☐ ja

Substanzen: _____

[Hier eingeben]

Herz/ Kreislauf

RR (systolisch, mmHg): min _____ max _____ HF (bpm): min _____ max _____

Katecholamine: ☐ nein ☐ ja

Substanz: _____ Dosis ($\mu\text{g/kg/min}$): _____

Zugänge (aktuell vorhanden)

☐ ZVK ☐ arterieller Zugang ☐ Shaldon-Katheter ☐ Demers-Katheter ☐ Dialyse-Shunt

Sonstiges: _____

Nieren

Ausscheidung: ☐ Spontan ☐ Blasenkatheter ☐ SPF Patient ist dialysepflichtig: ☐ nein ☐ ja

Verfahren: _____ letzte Dialyse am: _____

Ernährung

☐ oral ☐ Magensonde ☐ PEG ☐ parenteral

Mobilisationsgrad

Der Patient ist:

☐ immobil / bettlägerig

☐ sitzt am Bettrand selbstständig / mit Hilfe

☐ sitzt im Sessel selbstständig / mit Hilfe

☐ läuft selbstständig mit Hilfsmittel (Rollator) und/ oder mit Hilfe (Physiotherapie)

Ggf. ergänzende Informationen: _____

Datum

Unterschrift