

Anmeldung zum Weaning eines beatmeten Patienten

Anmeldende Klinik	
Name	
Ort	
Ansprechpartner	
Telefon	

Diagnosen	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Therapien (OP. etc.)	
1.	
2.	
3.	

Stationärer Verlauf		
Aufnahme		
Intubation		
Tracheostomie		
	<input type="checkbox"/> perkutan	<input type="checkbox"/> operativ
Spontanatmung	Stunden	Minuten
NIV	seit	

Mikrobiologie		
MRSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRGN 3 4	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ESBL	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
VRE	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige		

Aktuelles Labor	
CRP	
Hb	
Crea	

Aktuelle BGA	Spontan	Beatmung
FiO ₂ /l O ₂ /min		
p _a O ₂		
pCO ₂		

Pneumologische Vorerkrankungen	
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Heimbeatmung
<input type="checkbox"/> Lungenfibrose	<input type="checkbox"/> O ₂ -Langzeit
<input type="checkbox"/> andere	

Patientendaten		
Name		
Vorname		
Geb.-datum		
Größe/Gewicht	cm	kg
Angehöriger		
Telefon		
Betreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ansprechpartner		
Telefon		

Versorgungsstatus	
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Angehöriger
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung

Neurologie und Psyche	
<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> Schluckstörung
<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> Apoplex
<input type="checkbox"/> unkooperativ	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> schläfrig	<input type="checkbox"/> Alkoholabusus
<input type="checkbox"/> Komatös	<input type="checkbox"/> PNP/ CIP
<input type="checkbox"/> delirant	<input type="checkbox"/> hypoxischer Hirnschaden

Zugänge		
Arterie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Venenzugang	<input type="checkbox"/> peripher	<input type="checkbox"/> ZVK
Blasenkateter	<input type="checkbox"/> transurethral	<input type="checkbox"/> suprapubisch
	<input type="checkbox"/> suprapubisch	
Ernährung	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> PEG

Sonstiges		
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lokalisation	<input type="checkbox"/>	
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Katecholamine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen

Datum	
Unterschrift	