

Übernahmeanfrage für Beatmungspatienten zum Weaning

Kontaktdaten

Klinik und Station:

Ansprechpartner für Rückfragen

Name:

Telefonnummer:

Patientendaten

| | | |
|---|----------|-------------------|
| Patientenklebchen bitte hier aufkleben? | Alter: | Jahre |
| | Größe: | m |
| | Gewicht: | kg |
| | BMI: | kg/m ² |

Krankengeschichte

Welche relevanten Grund- und Begleiterkrankungen liegen vor?

Welche Erkrankung führte zur Langzeitbeatmung?

Beatmung

| | |
|----------------|-----------------------------|
| Beatmung seit: | Tracheotomie am: |
| | Größe Trachealkanüle/Tubus: |
| Spontanatmung: | Stunden/Tag |

Hämodynamische Situation

Katecholaminpflichtigkeit: ja nein Dialysepflichtigkeit: ja nein

Vigilanz

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------|---|
| ansprechbar, adäquat: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | somnolent: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| kooperativ, compliant: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | delirant: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| neurologische Defizite: | | ges. Betreuung: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Multiresistente Erreger

| | | | |
|---------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| MRSA: ja, wo: | <input type="checkbox"/> nein | Pseudomonas aeruginosa: ja, wo: | <input type="checkbox"/> nein |
| VRE: ja, wo: | <input type="checkbox"/> nein | Clostridium difficile: ja, wo: | <input type="checkbox"/> nein |
| ESBL: ja, wo: | <input type="checkbox"/> nein | sonstige: ja, wo: | <input type="checkbox"/> nein |

Zugänge und Drainagen

| | | |
|--------------------|-------------------------------|----------------------------|
| ZVK: ja, seit: | <input type="checkbox"/> nein | Drainagen (wo, seit wann): |
| Arterie: ja, seit: | <input type="checkbox"/> nein | sonstige (was, seit wann): |
| PEG: ja, seit: | <input type="checkbox"/> nein | |

Anfragen bitte per Fax an 039222-81335 oder per Mail an weaning@lungenklinik-lostau.de.