

Kontaktdaten	
Klinik und Station:	
<u>Ansprechpartner für Rückfragen</u>	
Name:	
Telefonnummer:	

Patientendaten		
<i>Patientenklebchen bitte hier aufkleben!</i>	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:	h/Tag

Hämodynamische Situation			
Katecholaminpflichtigkeit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dialysepflichtigkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja, wo:	<input type="checkbox"/> nein	Pseudomonas aeruginosa: <input type="checkbox"/> ja, wo: <input type="checkbox"/> nein
VRE	<input type="checkbox"/> ja, wo:	<input type="checkbox"/> nein	Clostridium difficile: <input type="checkbox"/> ja, wo: <input type="checkbox"/> nein
3/4 MRGN	<input type="checkbox"/> ja, wo:	<input type="checkbox"/> nein	Sonstige: <input type="checkbox"/> ja, wo: <input type="checkbox"/> nein

Zugänge und Drainagen		
ZVK	<input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein	Drainagen (wo, seit wann):
Arterie	<input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein	Sonstige (was, seit wann):
PEG	<input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein	

Anfragen bitte per Fax an 039222-81335 oder per Mail an weaning@pfeiffersche-stiftungen.de.