

Anmeldung eines Patienten für die ITS 4 Langzeitbeatmung und Weaning

Anmeldende Klinik

Name: _____
 Vorname: _____ Geb-Datum: _____
 Adresse: _____
 Krankenkasse: _____

Ärztlicher Ansprechpartner:

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Betreuer:

Diagnosen:

Intubation am: _____ Tracheostoma chirurg Punktion am
 Gewicht ca _____ kg

Aktuell

Beatmung Modus PCV VCV BIPAP SIMV PSV

Parameter P Peak _____ PEEP _____ Fi O₂ _____

Spontanatmung (T-Stück/assist) nein ja h/Tag _____

BGA Beatmung pO₂ _____ mmHg pCO₂ _____ mmHg pH _____

Spontan pO₂ _____ mmHg pCO₂ _____ mmHg pH _____

Labor Hb _____ g/dl Kreatinin _____ mg/dl CRP _____ mg/dl

Katecholamine nein ja (bis wann?) **Nierenersatztherapie** nein ja (bis?)

(Analgo-) Sedierung nein ja (Medikament/Dosierung?)

Vigilanz komatös delirant nicht teilweise voll orientiert

Zugänge ZVK arteriell Dialysekatheter
 PEG nasogastrale Sonde suprapub Katheter

Mikrobiologie Isolierung nein ja

MRE:

Antimikrobielle Therapie :

Dekubitus nein ja (Größe _____ cm Grad _____)

Mobilisation Bett Bettkante Sessel Stand

Bemerkungen