

[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**

Anfragebogen:

Übernahme eines kritisch kranken Patienten (nicht ARDS/ECMO)

➔ Bitte per Fax an: 0551/39-67485

Verlegende Klinik:
Behandelnde Arzt/Ärztin:
Kontakt/Tel.:

Patient
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnort:
Datum Krankenhausaufnahme:
Datum Aufnahme Intensivstation:

Angehörigensituation:
Betreuungsstatus:
Einwilligung zur Übernahme:
Versicherungsstatus:

Hauptdiagnose

[Hier eingeben]

Nebendiagnosen

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

Größe:

Gewicht:

Relevante aktuelle Befunde Bildgebung (CT, Röntgen)

Lunge

Lungenfunktion:

Erkrankung:

[Hier eingeben]

Thoraxdrainage: nein ja

Ursache der respiratorischen Insuffizienz

- Akut exazerbierte COPD
- Herzinsuffizienz
- Neuromuskuläre Erkrankung (akut auf chronisch)
- Obesitas Hypoventilationssyndrom
- Pneumonie
- Postoperative respiratorische Insuffizienz
- Sepsis
- Trauma
- Sonstige:

Beatmet seit:

Tracheotomie am:

- dilatativ plastisch

Überwiegender Beatmungsmodus:

Beatmungseinstellungen

AF:

VT (ml):

Inspirationsdruck (mbar):

PEEP (mbar):

FiO₂:

Weitere:

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

[Hier eingeben]

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

Analgosedierung/antidelirante Therapie nein ja

RASS:

Substanzen: _____

Herz/ Kreislauf

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

Katecholamine: nein ja

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

Zugänge (aktuell vorhanden)

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

Sonstiges: _____

[Hier eingeben]

Leber

Leberfunktion eingeschränkt: ja nein

AST:

ALT:

gGT

GLDH:

CHE:

AP:

Direktes Bilirubin:

Indirektes Bilirubin:

Albumin:

Prothrombinzeit:

INR:

Quick:

Glucose Substitution erforderlich: ja nein

Weitere Informationen:

Gerinnungsfunktion

Antikoagulation: nein ja

Substanz: _____

Fibrinogen:

Antithrombin:

D-Dimere:

Thrombinzeit:

Reptilasezeit:

Ecarin-Clotting-Time:

Aktivierte Gerinnungszeit:

Anti-Faktor Xa-Aktivität:

Einzelfaktorenanalyse:

Weitere Information:

Nieren

[Hier eingeben]

Ausscheidung: Spontan Blasenkatheter SPF Patient ist dialysepflichtig: nein ja
Verfahren: _____ letzte Dialyse am: _____

Kreatinin:
Kreatinin-Clearance:
Harnstoff:
Harnsäure:

Abdomen

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: _____

Weitere Medikation

Datum Unterschrift