

ARDS/ECMO - Zentrum Hamburg - Süd

Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg
 Klinik für Atemwegs-, Lungen- und Thoraxmedizin
 Abt. für Intensivmedizin und Beatmungsmedizin
 Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg
 Tel. 040/181886-3360 / Fax 040/181886-2299

Anfrage zur Übernahme zur ECMO

Externe Klinik		Patient
Datum	Uhrzeit	Patientenname
Klinik		Geburtsdatum / Alter
Station	Größe	Gewicht
Anrufer	Aufnahme Krankenhaus	
Telefon / Fax	Aufnahme Intensivstation	
E-Mail	Krankheitsbeginn / Datum	

Anamnese / Diagnosen	
Blutkulturen	
Wann / Datum	
TBS/BAL Ergebnisse <input type="checkbox"/> S. aureus <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> Enterobacter spp. <input type="checkbox"/> Kleb. spp. <input type="checkbox"/> Stenotrophomonas spp. <input type="checkbox"/> P. aerug. <input type="checkbox"/> Andere:	Resistente bakterielle Erreger <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> andere :
Isolation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Influenza-Nachweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann / Datum / Wo	
SARS-CoV-2-Nachweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann / Datum / Wo	
Antibiotika-Therapie	Antivirale Therapie
Relevante andere Medikamente aktuell (z.B. Steroide, Antiaggregation, Antikoagulation)	
Neurologischer Befund vor Intubation Wach <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Intubation außerklinisch Fokale Neurologie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Zustand vor dem Krankenhausaufenthalt</u> Mobilität <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt Gehstrecke : Wohnhaft <input type="checkbox"/> eigene Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> pflegerische Unterstützung	Röntgen Thorax Befund CT- Thorax / Datum Befund cCT liegt vor / Datum Befund

ARDS/ECMO - Zentrum Hamburg - Süd

Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg
 Klinik für Atemwegs-, Lungen- und Thoraxmedizin
 Abt. für Intensivmedizin und Beatmungsmedizin

Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg
 Tel. 040/181886-3360 / Fax 040/181886-2299

Reanimation / Datum: <input type="checkbox"/> NSE ROSC nach Minuten:	
Vorerkrankungen / Medikation vor Erkrankungsbeginn <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> KHK, Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz / Dialyse <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Steroidmedikation <input type="checkbox"/> Andere Immuntherapeutika	
Bemerkungen / andere:	

Respiration		Hämodynamik
Beatmungsbeginn		Noradrenalin [mg/ml]ml/h
High flow / Datum	<input type="checkbox"/> nein	Dobutamin [mg/ml] ml/h
NIV / Datum	<input type="checkbox"/> nein	Epinephrin [mg/ml] ml/h
Intubation / Datum	<input type="checkbox"/> nein	Andere Inotropika
Tracheotomie / Datum	<input type="checkbox"/> nein	Blutdruck arteriell [mmHg]
Dialtativ <input type="checkbox"/>	chirurgisch <input type="checkbox"/>	Herzfrequenz [/min]
Zugänge:	Dialyse / wo	Nierenersatztherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ZVK / wo	Arteriell / wo	SOFA [Punkte]
Gefäßprothese Leiste wo / nein		
Erweitertes Monitoring (TTE/TEE/PiCCO/PAK...)		
Ernährung enteral <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Labor / Datum			
Hb [g/dl]	Leukozyten	Q [%]	Bilirubin []
Thrombozyten	CRP [mg/l]	PTT[Sek]	GOT [IE]
Kreatinin []	PCT [µg/l]	Ferritin	GPT[IE]
GFR [ml/min]	IL-6 [pg/ml]	D-Dimer [µg/l]	µGT [IE]

ARDS/ECMO - Zentrum Hamburg - Süd

Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg
 Klinik für Atemwegs-, Lungen- und Thoraxmedizin
 Abt. für Intensivmedizin und Beatmungsmedizin

Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg
 Tel. 040/181886-3360 / Fax 040/181886-2299

Troponin T [$\mu\text{g/ml}$]	CK/CK-MB [IE]	Myoglobin [mg/dl]	LDH [IE]
DIFF-BB: Lymphopenie ? Lymphozytose?		proBNP	AT III

Gasaustausch / BGA		Bauchlage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein , Datum / Std.	
Datum / Uhrzeit (auch für weitere Telefonate im Verlauf)		Datum / Uhrzeit	
FiO ₂	SaO ₂	FiO ₂	SaO ₂
PIP	SvO ₂	PIP	SvO ₂
PEEP	paO ₂	PEEP	paO ₂
AF	paCO ₂	AF	paCO ₂
AZV	HCO ₃	AZV	HCO ₃
AMV	BE	AMV	BE
I:E	Laktat	I:E	Laktat
	BZ		BZ
	K ⁺		K ⁺
	Na ⁺		Na ⁺

Übernahme gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beratung gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapazitäten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übernahme zugesagt / Datum / Uhrzeit

1