

# Anmeldeformular ARDS / ECMO-Patienten

Bitte ausgefülltes Anmeldeformular faxen an

Fax: 0611 / 43-2940

und anschließend telefonische Kontaktaufnahme über

**0611 / 43-1220**

Abgebende Klinik/Abteilung:	Ansprechpartner:	Rückrufnummer:
	Datum/Uhrzeit:	

Patientenname:	Anschritt:	
Geburtsdatum:	W	Kostenträger und Versicherungsnummer
Größe: cm	M	
Gewicht: kg	Inter	

Anamnese (Krankheitsbeginn, -Verlauf, Intensivaufenthalt):	Vorerkrankungen:
--	------------------

Neurologie (aktuell):	Sedierung (Dosis / Laufrate Sedativa):
GCS:	
RASS:	
ICUAW:      Nein      Ja	
Z.n. CPR:    Nein      Ja      Minuten	

BGA und Labor	
pH	
pCO2	
pO2	
BE	
Laktat	
SaO <sub>2</sub>	
SvO <sub>2</sub>	
Hämoglobin (Hb)	
CRP	
PCT	
IL-6	
Kreatinin (Serum)	
Harnstoff	
GOT	
yGT	
Bilirubin	
Leukozyten	
Thrombozyten	
TPZ (Quick)	
aPTT	
Fibrinogen	

Beatmungsparameter Modus: Spontan Volumenkontrolliert Druckkontrolliert	Beatmet seit:	FiO <sub>2</sub>	Tubus Trachealkanüle
	Compliance Resistance	P <sub>max</sub>	AF
	Druckunterstützung	PEEP	AZV (V <sub>te</sub> )
Bauchlage:    Ja    Nein			
Rotorest:      Ja      Nein			

Herzrhythmus	MAP	ZVD	CI <small>l/min/m<sup>2</sup></small>	GEDVI	EVLWI
Kumulativbilanz:	Diurese: ml/h	Dialyse: Ja	Nein		
Perfusoren:	Noradrenalin [µg/kg/min]	Adrenalin [µg/kg/min]			
	Milrinon [µg/kg/min]	Vasopressin [IE/h]	Dobutamin [µg/kg/min]		
Hydrokortison	Nein	Ja	mg/Tag		

Infektiologie (MRE (MRSA/MRGN/KPC/VRE/Clostridien):	
Befunde:	Antibiotikatherapie (inklusive Verlauf):

Zugänge	
Arterie	
ZVK	
Shaldon	
BDK	
Drainagen	

Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden