|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg  Von-Hompesch-Str. 1  53123 Bonn  www.helios-gesundheit.de/bonn | | Klinik für Pneumologie, Kardiologie,  Schlaf- und Beatmungsmedizin  Chefarzt PD Dr. med. D. Ph. N´Guessan  Tel.: 0228-6481-11302  Fax: 0228-6481-19005 |
| **Zentrum für Beatmungsmedizin – Anmeldebogen zum Weaning** | | |
| Patient: | | **Anmeldende Klinik:** |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | **Fachrichtung:** |
| Kostenträger | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Angehörige/  Betreuer  (Telefon) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **Anmeldedatum:**  Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Welche Grunderkrankung/aktuelle Diagnose führte zur Beatmung?  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Relevante **Nebendiagnosen**:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Liegt oder lag eine COVID-19 Erkrankung/Infektion vor? | | | | | |
| JA | Nein | | Datum letzter Abstrich: | | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Bemerkungen: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
|  |  | | | | |
| Größe: cm cm | | Gewicht: kg kg | | BMI BMI kg/qm2 KOF | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Seit wann besteht die Beatmung?** | | | Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | | | | |
| **Beatmungszugang**  Anlage/Wechsel am: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | | | | | | | |
| Endotrachealtubus | |  |  | | | |  | |
| Trachealkanüle: | Punktionstracheotomie | | Chirurgische Tracheotomie | | | | | |
| Beatmungszeiten: | | 24h | intermittierend | | | |  | |
| Beatmungsmodus: | | Kontrolliert | Kontrolliert/assistiert | | | | Support | |
| Sind Spontanatmungsversuche durchgeführt worden? | | | | JA | | | NEIN | |
| Wenn ja, wie lange ist Spontanatmung möglich? | | | Min. | | Minuten | Std.. | | Stunden |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Letzte Blutgasanalysen** | | | | | |
| BGA unter Beatmung | | | BGA unter Spontanatmung | | |
| pH | Wert |  | pH | Wert |  |
| pCO2 | Wert | mmHg | pCO2 | Wert | mmHg |
| HCO3 | Wert | mmol/l | HCO3 | Wert | mmol/l |
| pO2 | Wert | mmHg | pO2 | Wert | mmHg |
| SpO2 | Wert | % | SpO2 | Wert | % |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Letzte Beatmungseinstellungen** | | | | | |
| Modus: Wert | | | | | |
| IPAP | Wert | PS/ASB | Wert | Ti | Wert |
| EPAP | Wert | PEEP | Wert | I/E | Wert |
| AF | Wert | Trigger | Wert |  |  |
| FiO2 | Wert | Rampe | Wert |  |  |

|  |
| --- |
| **Ist der Patient sediert?** JA  NEIN |
| Wenn ja, welche Sedativa:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Aktueller Katecholaminbedarf?** JA  NEIN |
| Wenn ja, welche Medikation und Dosierung:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Mobilität 🡪 Barthel-Score** (siehe Anlage):Wert |
| Bemerkungen:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ernährung:** | | | |
| oral | Nasogastrale Sonde | PEG | ZVK |

|  |
| --- |
| **Ausscheidung:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Spontan | DK | SPDK | Dialyse/Hämofiltration |

|  |
| --- |
| **Problemkeime** JA  NEIN |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MRSA | VRE | 3MRGN | 4MRGN |
| Lokalisation:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | Spezifizierung:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bitte erstellen sie eine Anlage mit **aktuellen** Ergebnissen folgender Abstriche:  **Nase, Rachen, Trachealsekret, Haut**  Datum der Abstriche: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | | |

|  |
| --- |
| Bitte geben Sie uns Auskunft über im aktuellen Aufenthalt gegebene **Antibiotika** |
| Medikamentenliste (alternativ als Anhang beifügen):  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Laborwerte** (alternativ als Anhang beifügen) | | | | | | |
| CRP | | Wert | | Hämatokrit (%) | | Wert |
| Hämoglobin (g%) | | Wert | | Kreatinin (mg/dl) | | Wert |
| **Irreguläre Antikörper?**  JA  NEIN | | | | | | |
| Wenn ja welche | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| **Dialyse?**  JA  NEIN | | | | | | |
| Wenn ja: | Frequenz(1/Woche): | | Wert | | Nächster geplanter Termin:Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zugänge** | | | | |
|  | JA | NEIN | Lokalisation | |
| Arterieller Zugang |  |  | Lokalisation. | |
| ZVK |  |  | Lokalisation. | |
| Blasenverweilkatheter |  |  | Art: | Art. |
| Größe: | Wert |
| Letzter Wechsel | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Magen-Darmtrakt |  |  | Art: | Art. |
| Anlage am: | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Sonstige Drainagen |  |  | Art und Lokalisation. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Besteht ein Dekubitus** JA  NEIN | | |
| Wenn ja, bitte Lokalisation und Graduierung angeben:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
|  | | |
| **Ansprechpartner**  Bitte nennen Sie uns für weiterführende Informationen und Kontaktaufnahme folgende Ansprechpartner: | | |
| **Funktion** | **Name** | **Telefonnummer** |
| Assistenzärztl. Dienst | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zuständiger OA/OÄ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Station | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bitte an 0228-6481-19005 (Sekretariat Pneumologie) faxen. Vielen Dank** | | |