|  |  |
| --- | --- |
| Helios Klinikum Bonn/Rhein-SiegVon-Hompesch-Str. 153123 Bonnwww.helios-gesundheit.de/bonn | Klinik für Pneumologie, Schlaf- und BeatmungsmedizinChefarzt PD Dr. med. Selcuk TasciTel.: 0228-6481-11302Fax: 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** |