



### Übernahmeanfrage ARDS/vvECMO/ECLS

Anfragende Klinik				Patientendaten			
Datum/Uhrzeit:				Name:			
Ansprechpartner:				Geburtsdatum:			
Klinik/Station:				Größe:		BMI:	
Telefon:				Gewicht:			
Email:				Geschlecht:		m w	
Anamnese:							
Aufnahmedatum ITS:				Datum der Intubation:			
Multiresistente Keime:    Nein            Ja				Antibiose:			
Falls ja: welche?							
Therapiebegrenzung:    Nein            Ja				Dialyse:    Nein            Ja            chron.		Betreuung/Vorsorgevollmacht:    Nein            Ja	
Beatmung:							
Spontan		NIV		Invasiv		PaO <sub>2</sub> :	
FiO <sub>2</sub> :		PaCO <sub>2</sub> :		PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> :		pH:	
Pplat/insp:		mbar		Bauchlage:    Ja            Nein		SaO <sub>2</sub> :	
PEEP:		mbar		Radiologische Befunde:			
VT:		ml					
AF:		/min					
I:E:							
Hämodynamik:							
MAD:		mmHg		HF:		bpm	
Rhythmus:		HZV:		L/min		Bilanz:	
Noradrenalin:    Nein            Ja		Dosierung:    _____ mg/ _____ ml		Lauftrate (ml/h):			
Vasopressin:    Nein            Ja		Dosierung:    _____ mg/ _____ ml		Lauftrate (ml/h):			
Dobutamin:    Nein            Ja		Dosierung:    _____ mg/ _____ ml		Lauftrate (ml/h):			
Suprarenin:    Nein            Ja		Dosierung:    _____ mg/ _____ ml		Lauftrate (ml/h):			
Echo:				Zugänge:			
EF:				Thrombosen:    Nein            Ja			
Vitien:            AS            AI            MI            MS							
Labor:							
Hb		g/dl		Harnstoff:		mg/dl	
Thrombozyten:		/nl		Kreatinin:		mg/dl	
INR:		%		GOT:		U/l	
PTT:		sec		GPT:		U/l	
CRP:				Leukozyten		/nl	
PCT:						ng/ml	
Risikofaktoren / Begleiterkrankungen:							
Alter > 65 Jahren		Ja            Nein		Hämatologische Systemerkrankung		Ja            Nein	
Beatmung > 7 Tage		Ja            Nein		Aktive Immunsuppression		Ja            Nein	
Neurologisches Defizit		Ja            Nein		KMT <1Jahr		Ja            Nein	
Terminale Systemerkrankung		Ja            Nein		Leberzirrhose		Ja            Nein	
Aktive Hirnblutung		Ja            Nein		COPD IV		Ja            Nein	
Metastasiertes Malignom		Ja            Nein		Demenz, Frailty		Ja            Nein	
Gefäßprothesen/schwere pAVK:		Ja            Nein		Reanimation seit Aufnahme		Ja            Nein	
Falls ja, Details:				Weitere Organversagen:		Ja            Nein	