



Patientenanmeldung Weaning

Bitte faxen Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt an 0201 805-2629

Anmeldende Klinik _____

Ansprechpartner _____

Telefon _____ Telefax _____

Patient (Aufkleber)

Größe _____

Gewicht _____

beatmet seit _____

Tracheotomie am _____ operativ Punktion

Beatmungsform (tags/nachts) _____

P_{insp} _____ PEEP _____ FiO₂ _____ AF _____ I:E _____ T_{insp} _____

Spontanatmung nein ja, längste Phase _____

pO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____ BE _____ spontan / beatmet

Grund der Beatmung _____

Aktuelle Diagnosen _____

Isolation? MRSA 4MRGN 3MRGN Clostr. difficile. VRE TBC bitte aktuellen MRSA-Status mitfaxen

Aktuelle Antibiose _____

Aktueller Katecholaminbedarf _____ RR _____ HF _____

Sonstige Medikation _____

Dialyse nein ja (CVWH / IHD) akute NI chron. terminale NI Bitte Dialyse-Protokoll mitfaxen

Vigilanz (RASS) +4 (Aggression) +3 (stark agitiert) +2 (agitiert) +1 (etwas unruhig)

wach, ruhig, kooperativ

-1 (schläfrig) -2 (leicht sediert) (-3) mäßig sediert -4 (tief sediert) -5 komatös

Neurologische Defizite _____

Mobilität bettlägrig steht läuft mobil (Stuhl) Critical Illness Neuropathie Hilfsmittel _____

Wunden? Decubiti? _____

Zugänge ZVK Port periph. Venenzugang Arterie Shaldon SPDK PEG/PEJ Magensonde

Labor CRP _____ Leuko _____ Hb _____ Krea _____ K⁺ _____ Na⁺ _____ Billi _____

Sonstiges _____

Verlegung von Ihrer Seite sinnvoll/ möglich ab _____

_____ Datum, Unterschrift

Ihr Ansprechpartner im Alfred Krupp Krankenhaus: 0201 805-1699