*Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,*

*bezüglich Ihrer telefonischen Anfrage zur Übernahme Ihres Patienten in unsere Weaningabteilung senden wir Ihnen diesen Fragebogen.*

*Wir bitten um Ausfüllung und um Rücksendung.*

*Vielen Dank und freundliche Grüße!*

*Hinweis:*

*Wurde der Bogen per Mail versandt, bitten wir Sie,*

*diesen möglichst am PC auszufüllen.*

**Pneumologie und Allergologie**

Chefarzt Dr. med. M. Elbers

 Sekretariat:

 Telefon: 0 29 21 / 391 – 1550

 Telefax: 0 29 21 / 391 – 1399

 eMail: pneumologie@mkh-soest.de

 **Anmeldung Weaning**

 **07:30 – 15:45 Uhr**

 **Sektionsleitung**

Sandra Gockel Frau Meyer

 Telefon: 0 29 21 / 391 - 61559

 E-Mail:

 weaning.soest@hospitalverbund.de

 Fax: 029 21/ 391 - 5039

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientenname, Vorname:** |  |
| Geburtsdatum: |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patientenverfügung: | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Der Patient steht unter gesetzlicher Betreuung: | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| **Betreuer / Bevollmächtigte / Angehörige / Kontaktperson/en:** |
|  | **Name, Vorname** |  | **Telefon-Nr.**  |  | **Handy-Nr.**  |
| **1.** |  |  |       |  |       |
| **2.** |  |  |       |  |       |
| **3.** |  |  |       |  |       |
| **4.** |  |  |       |  |       |

**Überleitende Intensivstation**:

|  |
| --- |
| [ ]  Internistisch [ ]  Anästhesiologisch [ ]  Neurologisch [ ]  Interdisziplinär [ ]  Chirugisch  |
| [ ]  Keine [ ]  Sonstige  |

**Kontaktdaten des verlegenden Krankenhauses:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Krankenhauses: |  |
| Anschrift des Krankenhauses: |       |
| Kontaktperson / Arzt: |  |
| Telefonnummer:: |  |
| Kontaktperson / Pflege |       |  |
| Telefonnummer: |       |
| Abt. Faxnummer: |       |

**1. Diagnosen**

**Hauptdiagnose(n):**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Akut exacerbierte COPD[ ]  postoperative ARI[ ]  Pneumonie[ ]  Obesitashypoventilation (akut auf chronisch)[ ]  Sepsis | **[ ]** neuromuskulär (akut auf chronisch)[ ]  Herzinsuffizienz[ ]  thorakorestriktiv (akut auf chronisch)[ ]  ALI/ARDS[ ]  Trauma/Verbrennung |
| Sonstige:       |

**Nebendiagnose(n):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]** Keine**[ ]** COPD**[ ]** CIP**[ ]** KHK**[ ]** Immunsupp./ARDS**[ ]** Delir | **[ ]** interstitielle Lungenerkrankung**[ ]** thorakorestriktive Erkrankung**[ ]** neuromuskuläre Erkrankung**[ ]** Niereninsuffizienz**[ ]** onkol./hämatol. Erkrankung**[ ]** Pneumonie | **[ ]** Linksherzinsuffizienz**[ ]** arterieller Hypertonus**[ ]** Adipositas**[ ]** Diabetes mellitus**[ ]** pulmonale Hypertonie |
| Sonstige:       |

Zusätzliche Alkoholerkrankung? [ ]  ja [ ]  nein

Rauchen? [ ]  ja [ ]  nein

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Gewicht:** |       | kg | **Größe:** |       | cm |
|  Spezialbett: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Intubation am:** |       | Tracheotomie am: |       |
|  |  | Zugang:  | [ ]  dilativ | [ ]  chirurgisch |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Spontanatmung:** | [ ]  nein [ ]  ja, | wenn ja, längste Phase:  |       | Stunden |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Beatmung:** | Modus: |       | Drücke: | Max:  |       | Min: |       |
|  | FiO2: |       | pO2: |       | mmHg |  | pCO2 |       | mmHg |
|  | pH: |       | BE: |       |  | HCO3: |       | mmol/l |
|  | [spontan / unter Beatmung] |

|  |  |
| --- | --- |
| NIV [ ]  längste Phase       | Sauerstoff/FIO2 [ ]  Spontan:     , Invasiv       |
| High Flow [ ]  |  |

**Letzte Blutgasanalyse mit/ohne Sauerstoff**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ohne Sauerstoff: | p O2 :      mm Hg | pC O2 :      mm Hg, | pH:      | HCO3 :      |
| mit O2: l/min:      | p O2 :      mm Hg | pC O2 :      mm Hg, | pH:      | HCO3 :      |
|  |  |  |  |  |
| Hämoglobin / Hämatokrit **zum Zeitpunkt der Aufnahme:** g/%**%** |
| Hämoglobin / Hämatokrit **aktuell:**      g/%      % |
| Ist die Blutgruppe des Patienten bekannt? [ ]  ja [ ]  nein Wenn ja: BG      Rh      |
| Sind bei dem Patienten irreguläre Antikörper bekannt? [ ]  ja [ ]  nein |
| Wenn ja: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. Dialyse:** | [ ]  nein [ ]  ja, | wenn ja, Zugang:  |       |
|  |  | [Bei Dialyse bitte Protokolle mitschicken] |

**7. Serologischer Status für HIV, Hepatitis B + C**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8. Isolation:** | [ ]  nein [ ]  ja, | wenn ja, wegen: |
|  |  | [ ]  MRSA | [ ]  3 MRGN | [ ]  4 MRGN | [ ]  VRE |
|  |  | [ ]  TBC | [ ]  Clostridium difficile |
|  MRSA-Status aus Nase / Rachen / Bronchialsekret / Wunden / Künstliche Zugänge! |

|  |
| --- |
| **9. Wundversorgung:** VAC / spezieller Verband / chirurgische Mitversorgung notwendig? |
|  |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientenname, Vorname:** |  | **geb.:** |  |

**10. Aktuelle Situation / Befindlichkeit des Patienten:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vigilanz (RASS)** |  | [ ]  | + 4 (Aggression) |  | [ ]  | + 3 (schwere Unruhe) |
|  |  | [ ]  | + 2 (Unruhe) |  | [ ]  | + 1 (ängstlich) |
|  |  | [ ]  |  0 (wach und ruhig, kooperativ) |
|  |  | [ ]  | - 1 (schläfrig) |  | [ ]  | - 2 (leicht sediert) |
|  |  | [ ]  | - 3 (mäßig sediert) |  | [ ]  | - 4 (tief sediert) |
|  |  | [ ]  | - 5 (Koma, nicht erweckbar, keine Reaktion) |
|  |  |
| **Delir** |  | [ ]  | Hyperaktiv |  |
|  |  | [ ]  | Hypoaktiv |  |
|  |  |
|  |  | [ ]  | CIP |  |
|  |  | [ ]  | CIM |  |

**11. Aktuelle Medikation / Behandlungsplan**

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

**Vorantibiosen / aktuelle Antibiosen**

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientenname, Vorname:** |  | **geb.:** |  |

**12. Zugänge:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Atemweg: | Trachealzugang: Art: |       |  |  |
|  | Letzter Wechsel am: |       |  | Größe:  |       | Ch |
| Arterieller Zugang: | Ort: |       |  | Anlage am: |       |
| Venenzugang: | Ort: |       |  | Anlage am: |       |
| DK / SPK | Art: |       |  | Letzter Wechsel: |       |
| MS / PEG: | Art: |       |  | Anlage am: |       |
| Ernährung: |       |
| Letzter Stuhlgang: |       |

**13. Hautstatus:** (Defekte, Infektionen, Ausschlag, Wunden)

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **14. Drainagen:** |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **15. spezielle Hilfsmittel:** | [ ] Spezialbett | [ ]  Spezialmatratze |

|  |  |
| --- | --- |
|  **spezielle Lagerung:** |       |
|  **Mobilität:**  |  |

**16. Sonografie-/ LHK-Befude:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**17. Weitere Informationen / Bemerkungen:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |