*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:**

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