

Patientenanmeldung Weaning

Sehr geehrte Kollegin und Kollegen,

wir bitten Sie um ein paar wichtige Vorabinformationen, um Ihre Anfrage zur Übernahme eines Beatmungspatienten zum Weaning möglichst zeitnah beantworten zu können.

Verlegende Klinik: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon & Fax _____

eMail: _____

Kontaktperson/ Pflege _____ **Tel.:** _____

Verlegung von Ihrer Seite sinnvoll / möglich ab (KW oder Tag) _____

**Patientenaufkleber
(incl. Versicherungsdaten)**

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung gesetzliche Betreuung

Besonderheiten: _____

(Kopien der Urkunden bitte beilegen!)

Kontaktdaten der nächsten Angehörigen:

Radiologische Bilder bitte als CD- Rom mitgeben.

MRSA Status aus Nase / Rachen / Bronchialsekret / Wunden und künstlichen Zugängen – mikrobiologische Befunde mit Resistogramm beifügen.

Aufnahmediagnosen:

--

Medikamentenplan:**Aktuelle Medikation bitte als Anlage beifügen!****Aktueller Befund**

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Schluckstörungen: ja nein unbekanntStimmbandparese: ja nein unbekanntRauchen: ja nein

Packyears: _____

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)

Antibiosen:

Antibiotische Therapie: welche: _____ seit: _____

Neurologische Ausfälle: _____**Intubation am:** _____**Tracheotomie am:** _____ Perkutan ChirurgischSpontanatmung: Ja Nein längste Phase: _____ PlatzhalterNIV längste Phase: _____Sauerstoff/FIO² spontan: _____ l/min Invasiv: _____ %Beatmungsgerät: leihweise verordnet

Falls Nein: Wurde zwischenzeitlich ein Beatmungsversuch mit einer Maske durchgeführt?

Wenn JA, wie lange? _____

Ventilatoreinstellung:Modus: _____ Pinsp: _____ PEEP: _____ FiO²/ L O²/min: _____

AF: _____ I:E: _____ Tinsp: _____

Blutgasanalyse:

Spontanatmung:

pO² _____ mmHG

pCO² _____ mmHG

PH _____

HCO₃⁻ _____

Beatmung:

_____ mmHG

_____ mmHG

Dialyse: nein ja (wenn **ja**): Zugang _____

Bei Dialyse bitte Protokolle und serologischer Status für HIV, Hepatitis B+C beifügen.

Wir benötigen für unsere Dialyse einen 3-Lumenkatheter.

Dialysetage: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Problemkeime:

4 MRGN

MRSA

VRE

3 MRGN

VRE

ESBL

andere:

Wundversorgung:

VAC spezieller Verband _____

chirurgische Mitversorgung notwendig

Kreislaufsituation: Katecholamine: _____ µg/h

Ernährung:

oral

MS

PEG

parenteral

Besonderheiten: _____

Pflegestatusbogen

1. Trachealzugang

Art:

- Trachealkanüle
- Trachealtubus
- Platzhalter
- abgeklebtes Tracheostoma
- physiologischer Atemweg

Besonderheiten: _____

2. Venenzugang

Art: _____ Ort: _____ Anlage am: _____ Besonderheiten: _____

Art: _____ Ort: _____ Anlage am: _____ Besonderheiten: _____

3. Katheter

Art: AP SpDK DK Viggo ZVK arterieller Zugang

Besonderheiten: _____

4. Drainagen

Art: Pleura Thorax Wunde Sonstige _____

Besonderheiten: _____

5. Hautstatus

• Defekte / Infektionen / Ausschlag / Wunden / Dekubiti

Art: _____ Ort: _____ Größe: _____ Behandlung: _____

Art: _____ Ort: _____ Größe: _____ Behandlung: _____

6. Mobilität

Bettlägig Bettkante Mobi-Stuhl Steht Läuft

7. Spezielle Hilfsmittel

Art: Spezialbett Spezialmatratze Lagerung

Besonderheiten: _____