

Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin

Klinikdirektor: Prof. Dr. med. Marc D. Schmittner, DESA, MHBA

Weaning-Station: Ulrike Kritzler

Telefon: +49 30 5681-3195

Telefax: +49 30 5681-3173

E-Mail: weaning@ukb.de

**Per Fax bitte an:**

 **+49 30 5681-3173**

## **Anmeldung einer Patientenübernahme in die Weaning-Station des ukb**

**(Patientenetikett)**

Name/ Geburtsdatum/ Adresse/ Kostenträger

**Verlegende Klinik/ Station:**

---

**Kontakt/ Tel.:**

**Patient betreut:**  nein  ja

**Datum Aufnahme Intensivstation:**

**Name und Tel.-Nr. Angehörige/ Betreuer:**

---

**Hauptdiagnose**

## Ursache der respiratorischen Insuffizienz

- Akut exazerbierte COPD
- Herzinsuffizienz
- Neuromuskuläre Erkrankung (akut auf chronisch)
- Obesitas Hypoventilationssyndrom
- Pneumonie
- Postoperative respiratorische Insuffizienz
- Sepsis
- Trauma
  
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## Komorbiditäten

- Adipositas
- CIP/CIM
- COPD
- Diabetes
- Immunsuppressive Therapie
- Interstitielle Lungenerkrankung
- Koronare Herzerkrankung
- Leberzirrhose
- Linksherzinsuffizienz
- Neuromuskuläre Erkrankung
- Niereninsuffizienz
- Onkologische / hämatologische Erkrankung
- Pulmonale Hypertonie
- ZNS-Erkrankung: \_\_\_\_\_
  
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Größe:**

**Gewicht:**

## Beatmung

Beatmet seit:

Tracheotomie am:

dilatativ     plastisch

### BGA unter Beatmung

### BGA Spontanatmung

pO <sub>2</sub>	pO <sub>2</sub> / mmHG/kPa
pCO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub> / mmHg/kPa
pH	pH
HCO <sub>3</sub>	HCO <sub>3</sub> / mmol/l
BE	BE
SaO <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub>
FiO <sub>2</sub>	I O <sub>2</sub> /min

Spontanatmungsversuch durchgeführt:  ja     nein

mit:

- feuchter Nase
- T-Stück (PEEP-Ventil)
- Sprechaufsatz

ass. Beatmung mit:

- High Flow CPAP
- CPAP/ASB (Pinsp: \_\_\_\_\_ mbar    PEEP: \_\_\_\_\_ mbar)

Maximale Dauer einer Spontanatmungsphase (h): \_\_\_\_\_

Spontanatmungsphasen pro Tag: \_\_\_\_\_

Weaning-Stufe: \_\_\_\_\_

Ggf. ergänzende Informationen:

### Herz/ Kreislauf

RR (systolisch, mmHg): min \_\_\_\_\_ max \_\_\_\_\_

HF (bpm): min \_\_\_\_\_ max \_\_\_\_\_

Katecholamine:  nein  ja, Substanz: \_\_\_\_\_ Dosis ( $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ): \_\_\_\_\_

### Nieren

Ausscheidung:

Spontan  Blasenkatheter  SPF

Patient ist dialysepflichtig:

nein  ja

Verfahren: \_\_\_\_\_ letzte Dialyse am: \_\_\_\_\_

### Infektionen/ Hygiene

Bestehen aktuell Anzeichen eines Infektes?

nein  ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_ Erreger: \_\_\_\_\_

Erhält der Patient aktuell eine Antibiotikatherapie?

nein  ja, Substanz: \_\_\_\_\_

Nachweis multiresistenter Erreger:

nein  ja, Erreger: \_\_\_\_\_

### Ernährung

oral  Magensonde  PEG  parenteral

### Zugänge (aktuell vorhanden)

- ZVK
- arterieller Zugang
- Shaldon-Katheter
- Demers-Katheter
- Dialyse-Shunt

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Wunden/ Dekubitus

nein  ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_

Chirurgische Maßnahmen notwendig:

nein  ja, Art und Umfang: \_\_\_\_\_

### **Vigilanz**

Der Patient ist:

wach ja  nein

vigilanzgemindert ja  nein

kooperativ ja  nein

vollständig orientiert ja  nein

muss fixiert werden ja  nein

### **Analgesiedierung/antidelirante Therapie**

nein  ja, Substanzen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Mobilisationsgrad**

Der Patient ist:

immobil / bettlägerig

sitzt am Bettrand selbstständig / mit Hilfe

sitzt im Sessel selbstständig / mit Hilfe

läuft selbstständig mit Hilfsmittel (Rollator) und/ oder mit Hilfe (Physiotherapie)

Ggf. ergänzende Informationen: \_\_\_\_\_

### **Therapiebegrenzung**

nein  ja

Umfang: \_\_\_\_\_