

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

Analosedierung/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: _____