

Durchgeführte Therapie / Verlauf:

Herz-Kreislauf-Situation: Reanimation: Nein Ja, am _____ Dauer: _____
 Katecholamine: Nein Ja:
 Dosierung: _____

Nierenersatzverfahren Nein Ja, seit _____ bis _____ Art: _____

Aktuelles Labor: CRP _____ mg/dl, Hb _____ g/dl, Leukozyten _____ / μ l, PCT _____
 Datum: _____ Crea. _____ mg/dl, Hst. _____ mg/dl BNP _____ pmol/l-----HIT-Diagnostik:
 Andere Hochgradige Abweichungen: _____

Letzte BGA unter Beatmung: pO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____ bei einem FiO₂ von _____

Ggf. BGA unter Spontanatmung: pO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____ bei _____ Litern O₂/Min

Mikrobiologie: MRSA Nein Ja letzter Abstrich am: _____
 3MRGN Nein Ja Name _____ Lokalisation _____
 4MRGN Nein Ja Name _____ Lokalisation _____
 Clostridien Nein Ja

Bitte Resistogramme mitgeben

Sonstiges: _____

Antibiotische Therapie: _____

HIV positiv Hepatitis _____ positiv Hinweis auf TBC / TBC-Kontakt

Vigilanz-Status: Wach: Nein Ja
 Orientiert: Nein Ja ggf. Erläuterung _____
 Agitiert: Nein Ja ggf. Erläuterung _____

Sedierung: _____

Neurologische Störungen: Nein Ja _____

Dekubitus: Nein Ja Wo? Größe? Stadium? _____

Mobilisation: Nein Ja Wie weit? _____

Sonden / Zugänge*: ZVK (jugularis / subclavia*): _____ art. Katheter*: _____ PEG / PEJ*,
 DK (tranurethral / suprapubisch*), Shaldon / Demers*:

Ernährung: oral / Magensonde / PEG / PEJ / ZVK* kcal/24h _____ Reflux: _____

Sonstiges:

*** bitte nicht Zutreffendes streichen**

Datum: _____ Name in Druckbuchstaben: _____ Unterschrift: _____

Hinweis: Bitte geben Sie, sofern vorhanden, Röntgen- und CT-Bilder, OP-Berichte, Vorbriefe etc. mit dem Transport mit.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
010494-0002	Anmeldung Intensiv / Weaningzentrum	SRO	Alexandra Engel	25.04.2017	Dr. Anna Heinrichs	2 (von 2)