



**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 \_\_\_\_\_ / $\mu$ l, PCT \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_ Crea. \_\_\_\_\_ mg/dl, Hst. \_\_\_\_\_ mg/dl BNP \_\_\_\_\_ pmol/l-----HIT-Diagnostik:  
 Andere Hochgradige Abweichungen: \_\_\_\_\_

**Letzte BGA unter Beatmung:** pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_ bei einem FiO<sub>2</sub> von \_\_\_\_\_

**Ggf. BGA unter Spontanatmung:** pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ Litern O<sub>2</sub>/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, Vorbriele etc. mit dem Transport mit.**

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
010494-0005	Anmeldung Intensiv / Weaningzentrum	SRO	Alexandra Engel	23.11.2020	Dr. Anna Heinrichs	2 (von 2)