

Übernahmeanfrage Intensivstation

ARDS SAV Spezialklinik:

Klinikdaten

Klinik: _____ Station: _____
Ansprechpartner: _____ Telefon: _____

Patientendaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg Betreuung: ja nein
Kontaktdaten: _____
Angehörige: _____

Epikrise

Übernahmediagnose: _____ Beginn Intensivtherapie: _____
relevante: _____
Nebendiagnose(n): _____
Verlauf: _____

Beatmung

Intubation: ja nein Datum: _____ Tracheotomie: ja nein Datum: _____
Beatmungsform: _____
fiO₂: _____ PEEP: _____ cmH₂O P_{Peak}: _____ cmH₂O
AF: _____ /min VT: _____ ml AMV: _____ l
pO₂: _____ mmHg pCO₂: _____ mmHg pH: _____ Lactat: _____ mmol/l

Hämodynamik

Herzfrequenz: _____ /min Rhythmus: _____ MAD: _____ mmHg
HZV: _____ l/min ScvO₂: _____ % Norepinephrin _____ µg/KgKG/min Dobutamin _____ µg/KgKG/min

Zugänge

ZVK: Ort/Tag _____ Arterie/Picco: Ort/Tag _____ Shaldon: Ort/Tag _____

Nierenfunktion

Nierenversagen: ja nein Hämodialyse: ja nein

Infektiologie

Erregernachweis: _____
antimikrobielle Therapie: _____
isoliationspflichtiger Keim (auch in Anamnese!)
MRSA: ja nein 3/4MRGN: ja nein ESBL: ja nein
VRE: ja nein Clostridium difficile: ja nein Sonstige: _____
aktuelle MRSA-Abstriche aus Nase/ Leiste/ Wunden vorhanden: ja nein Datum: _____

weitere Informationen/Besonderheiten
