



# Patienten-Erfassungsbogen

Patienten-Aufkleber

## ZUWEISER

Klinik

  
  

Ansprechpartner

Telefon

## PATIENTEN-DATEN

NAME, Vorname

männlich  weiblich

Geboren am  Alter   
Gewicht  kg Größe  cm

Kostenträger

  

## DIAGNOSEN

ARDS  Sepsis/SIRS  MODS

Aufnahmetag Intensivstation

  
  

## HÄMODYNAMIK

RR    mmHG (syst., diast., mean) ZVD

PAP    mmHG (syst., diast., mean) PCWP

CI  SVRI  ITBVI  EVLWI

LV-Funktion  gut  mäßig  schwere Funktionsstörung

RV-Funktion  gut  mäßig  schwere Funktionsstörung

RVSP  EF

Höhergradige Klappenvitien (bitte mit Angabe KÖF/ Gradangabe ab > 1°)

MS   AS   TS   PS

MI   AI   TI   PI

### Katecholamine aktuell

Noradrenalin  µg/kg/min Suprarenin  µg/kg/min

Dobutamin  µg/kg/min Vasopressin  IE/h

## ATMUNG

Beatmung Intubationszeitpunkt   ET  TK Größe

Modus  Horowitz-Index  unter FiO<sub>2</sub> 1,0

Pmax  PEEP  FiO<sub>2</sub>  AF  I:E  VT

AMV  etCO<sub>2</sub>

Lagerung  Rücken  Bauch  Rotorest®

Drainagen Thoraxdrainage  rechts  links  beidseitig

## LABORPARAMETER

<b>Aktuelle BGA</b>	pO <sub>2</sub>	<input type="text"/>	pCO <sub>2</sub>	<input type="text"/>	pH	<input type="text"/>	BE	<input type="text"/>	Laktat	<input type="text"/>	SaO <sub>2</sub>	<input type="text"/>
	Hb	<input type="text"/>	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	<input type="text"/>	ScvO <sub>2</sub>	<input type="text"/>	SvO <sub>2</sub>	<input type="text"/>				
<b>Nierenfunktion</b>	Kreatinin	<input type="text"/>			Harnstoff	<input type="text"/>			GFR	<input type="text"/>	(ml/min)	
	Cystatin C	<input type="text"/>			Bilanz letzte 24 Std.	<input type="text"/>			Cystatin-GFR	<input type="text"/>	(ml/min)	
	Eigendiurese	<input type="text"/>	(ml/h)		CVVHDF seit	<input type="text"/>						
<b>Leberfunktion</b>	ASAT	<input type="text"/>	ALAT	<input type="text"/>	Albumin	<input type="text"/>			Bilirubin	<input type="text"/>		
<b>Gerinnung</b>	Quick	<input type="text"/>	PTT	<input type="text"/>	Thrombozyten	<input type="text"/>						
<b>Entzündungswerte</b>	Leukozyten	<input type="text"/>			CRP	<input type="text"/>			Procalcitonin	<input type="text"/>		

## ZUGÄNGE (BITTE MIT GEFÄSSANGABE)

<input type="radio"/> ZVK	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Arterielle Kanüle	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Schleuse	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Shaldon	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
<input type="radio"/> PiCCO	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Pulmonalkatheter	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>

Sind aktuell Gefäßverschlüsse oder Thrombosen bekannt (bitte genauere Bezeichnung)?

  
  


**Isolationspflicht**  nein  ja Grund

## ANTIINFEKTIVE THERAPIE

**Befunde**

Wann	<input type="text"/>	Keim	<input type="text"/>	Wo	<input type="text"/>
Wann	<input type="text"/>	Keim	<input type="text"/>	Wo	<input type="text"/>
Wann	<input type="text"/>	Keim	<input type="text"/>	Wo	<input type="text"/>

**Antibiotikatherapie** (bitte inklusive Datum des jeweiligen Behandlungsbeginns)

Medikament	<input type="text"/>	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Medikament	<input type="text"/>	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Medikament	<input type="text"/>	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

## ANALGOSEDIERUNG

(bitte Medikamentenname mit Laufrate sowie Behandlungsbeginn angeben)

Medikament	<input type="text"/>	Laufrate	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
Medikament	<input type="text"/>	Laufrate	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>
Medikament	<input type="text"/>	Laufrate	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>

## ANTIKOAGULATION

(bitte inklusive Dosisangabe)

Marcumar   
  Niedermolekulares Heparin   
  Unfraktioniertes Heparin  
 Andere

## SONSTIGE MEDIKATION

  
  


## BESONDERHEITEN

  
  


**WICHTIG!**

Bitte schnellstmöglich ausfüllen und inklusive Radiologiebefunde zurückfaxen an

0 68 41 - 16 - 3 00 58