



ANMELDUNG ECMO (PATIENTEN VON EXTERNEN INTENSIVSTATIONEN)
FAX AN +49 (0) 6841 / 16-15208

ANGABEN BITTE SO KNAPP UND PRÄZISE WIE MÖGLICH. TEL.(24/7): +49 (0) 6841 / 16-15205; 1 kPa = 7.5 mmHg

DATUM/ UHRZEIT:	KLINIK:
NAME, VORNAME (PAT.):	
GEBURTSDATUM:	RÜCKRUFNUMMER:
KOSTENTRÄGER:	KONTAKTPERSON:

ANAMNESE:		SYMPTOMBEGINN:	
		INTENSIVSTATION SEIT:	
GRÖßE: CM	GEWICHT: KG	INTUBATION AM:	ETT <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/>
VORERKRANKUNGEN:		DIURESE: mL/2h	MALIGNOM <input type="checkbox"/>
NEUROLOGIE VOR INTUBATION:		CVVHF/HD <input type="checkbox"/> SEIT:	GCS: VOR IT
VORHANDENE ZUGÄNGE:		PERIPHERIE WARM ? J/N	CT THORAX <input type="checkbox"/>

HÄMODYNAMIK:	LABOR:			BLUTGASE:
ZVD: mmHg	Hb: g/L	INR:	Quick: %	PH:
MAP: mmHg	LEUKOZYTEN: G/L	PTT: s	LAKTAT: mmol/L	P_AO₂: mmHg
HZV: mmHg	THROMBOZYTEN: G/L	ASAT: U/L		P_ACO₂: mmHg
ITBVI/ EVLWI: mL/min·m ² /mL/kg	KREATININ: mg/dL	ALAT: U/L		BE:
PCWP: mmHg	CRP: mg/L	GGT: U/L		HCO₃⁻: mmol

VASOPRESSOREN (DOSIERUNG):

INOTROPIKA (DOSIERUNG):

SEDATION (DOSIERUNG):

ANTIMIKROBIELLE CHEMOTHERAPIE:

BEATMUNG:	BILDGEBUNG:	
PEEP: cmH2O	THORAX-RÖNTGEN: Zahl der Quadranten mit Infiltrat	
AF: /'	-INTERN M5-ICU- PROZEDERE:	MURRAY-SCORE
TIDAL: ML		
PLATEAUDRUCK: cmH2O		
SPITZENDRUCK (PIP): cmH2O		
FI_O₂: %		
	RÜCKMELDUNG ERFOLGT (DATUM/UHRZEIT):	
	UNTERSCHRIFT:	