

Tel.-Nr.: 040 - 18 18 83 1741

Fax-Nr.: 040 - 18 18 83 1740

Anmeldende Klinik:			
Name, Vorname			
Geburtsdatum:			
zuständige/r Ärztin/Arzt:			
Tel.-Nr. für Rückruf			
Diagnose/n (ggf. warum prolongiertes Weaning):			
Blutgasanalyse unter Spontanatmung:		HFNC <input type="checkbox"/>	Nasensonde <input type="checkbox"/>
pH___pCO ₂ ___pO ₂ ___BE___HCO ³⁻ ___		O ₂ -Gabe: FiO ₂ ___/___l/min.	
Blutgasanalyse unter Beatmung:		Invasiv <input type="checkbox"/>	NIV <input type="checkbox"/>
pH___pCO ₂ ___pO ₂ ___BE___HCO ³⁻ ___		O ₂ -Gabe: FiO ₂ ___/___l/min.	
Angaben zur Beatmung			
ET <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> Größe (a. D.):___		Spontanatmung/Tag:	
Anlageart:		dil. <input type="checkbox"/> chir. <input type="checkbox"/>	Beatmungsgerät:
angelegt am:		kontrol. Beatmungsmodus:	
Zahl d. Extubationsversuche:		beatmet seit:	
Klinische Informationen		Stabilitätskriterien	
Dialyse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Katecholamine	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Körpergewicht	___kg	Fieber	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dekubitus	Grad	Delir	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schluckstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Vigilanz (RASS)	
Ernährung	oral: kcal	Sonde: kcal	PEG/PEJ: kcal
Infektion/en, Keimbesiedelung			
Infektionen nicht bekannt <input type="checkbox"/>			
MRSA	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	VRE	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3 MRGN	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	4 MRGN	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Keim:		Lokalisation:	
Sonstiges:			

Datum: _____

 Unterschrift/Stempel: _____
 (Ärztin/Arzt)