

## Zentrum für Beatmungsmedizin - Anmeldebogen zum Weaning

Patient:
Name:
Vorname:
Geb. am:
Krankenkasse:
Angehörige/Betreuer Tel.

Anmeldende Klinik:
Fachrichtung:
Anmeldedatum:

Welche **Grunderkrankung** führte zur Beatmung?

Relevante **Nebendiagnosen**:

(gerne aktuellen Arztbrief als Anhang beifügen)

Seit wann besteht die **Beatmung**? Datum: \_\_\_\_\_

Welchen **Beatmungszugang** hat der Patient?

Endotrachealtubus  Trachealkanüle  Punktionstracheotomie  Datum: \_\_\_\_\_  
chirurgische Tracheotomie

Beatmungszeiten des Patienten: 24h  intermittierend

Beatmungsmodus: kontrolliert  kontrolliert/assistiert  support

Sind Spontanatemversuche durchgeführt worden? Ja  Nein

Wenn ja, wie lange kann der Patient spontan Atmen? \_\_\_\_\_ Minuten \_\_\_\_\_ Stunden

Letzte **Blutgasanalysen:**

**BGA: beatmet**

pH: \_\_\_\_\_  
pCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ mmHg  
HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ mmol/l  
pO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ mmHg  
SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

**BGA: spontan**

pH: \_\_\_\_\_  
pCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ mmHg  
HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ mmol/l  
pO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ mmHg  
SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

Letzte **Beatmungseinstellungen:**

Modus \_\_\_\_\_  
IPAP \_\_\_\_\_ PS/ASB \_\_\_\_\_ Ti \_\_\_\_\_  
EPAP \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ I:E \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
AF \_\_\_\_\_ Trigger \_\_\_\_\_  
FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Rampe(RT) \_\_\_\_\_

Ist der Patient **sediert**? Ja  Nein  Wenn ja welche Sedativa?

Aktueller **Katecholaminbedarf:**

Beschreiben Sie bitte die **Vigilanz:**

Agitiert  ruhig und wach  tief sediert  sediert und erweckbar   
delirant

Zusätzliche Alkoholerkrankung? Ja  Nein

Beschreiben Sie bitte die **Mobilität:**

nach **Barthel** (siehe Anlage) .....Punkte

**Ernährung:**

Oral  über Nasogastrale Sonde  über PEG  über ZVK

Ausscheidung:

Spontan  DK  SPDK  Dialyse

Sind **Problemkeime** nachgewiesen? Ja  Nein

Wenn ja welche?

Bitte erstellen Sie eine Anlage mit **aktuellen** Ergebnissen von folgenden Abstrichen: (**Datum:** \_\_\_\_\_)  
Nase, Rachen, Trachealsekret und Haut

Bitte geben Sie uns Auskunft darüber welche **Antibiotika** im aktuellen Aufenthalt bereits gegeben wurden:

Medikamentenliste: (oder als Anhang beifügen)

**Labor:** (oder als Anhang beifügen)

CRP: \_\_\_\_\_ Hämoglobin: \_\_\_\_\_ g% Hämatokrit: \_\_\_\_\_ %

Dialyse Ja  Nein

Sind irreguläre Antikörper bekannt? Ja  Nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

**Zugänge**

Arterieller Zugang: Ja  Nein

Venöser Zugang: Ja  Nein

Blasenkatheter: Art: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ letzter Wechsel am: \_\_\_\_\_

Magen Darmtrakt: Art: \_\_\_\_\_ Anlage am: \_\_\_\_\_

Sonstige Drainagen: \_\_\_\_\_

Besteht ein **Dekubitus**? Ja  Nein

Nennen Sie uns bitte, als Ansprechpartner, den behandelnden Arzt und Oberarzt, für weiterführende Telefonate.

Ass. Arzt: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Oberarzt: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Bitte an 0228-6481-9005 (Sekretariat Pneumologie) faxen. Danke**