

# Evangelische Lungenklinik Berlin Interdisziplinäres Zentrum für Intensiv- und Beatmungsmedizin

Bitte zurückfaxen an: Belegungsmanagement 030 / 94802 - 298

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,

um die weitere Betreuung Ihrer Patientin/ Ihres Patienten im Weaningprozess so optimal wie möglich planen zu können, möchten wir Sie bitten den folgenden Fragenkatalog komplett ausgefüllt an uns weiterzuleiten.

<b>Patientendaten</b>	Name _____ Vorname _____ Geb. _____ Wohnort _____ <b>Größe</b> _____ <b>Gewicht</b> _____ <b>BMI</b> _____ Betreuung vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Angehörige/ Betreuer informiert? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Ansprechpartner</b>	Klinik: _____ Stat. _____ Zuständiger Arzt: _____ Tel-Nr: _____ / Fax-Nr: _____
<b>Aktuelle respiratorische Situation</b>	
Beatmungsindikation	
Beatmungszugang	<input type="checkbox"/> Tubus <input type="checkbox"/> Trachealkanüle; <input type="checkbox"/> Maske
Beatmungszeiten	
Beatmungs-Modus / Muster	PEEP _____ Spitzendruck _____ AF _____ FiO2/ O2 _____
letzte BGA (art/ kap)	pH _____ ; pO <sub>2</sub> _____ mmHg ; pCO <sub>2</sub> _____ mmHg ; BE _____
<b>Diagnosen / relevante Komorbiditäten</b>	

<b>Infektiologie/ Mikrobiologie</b>	
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> VRE
<input type="checkbox"/> 3-MRGN	<input type="checkbox"/> 4-MRGN
<input type="checkbox"/> Clostridien	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige:</b> _____	

Pflegesituation
Wunden/ Dekubitus
Zugänge
<input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> Thoraxdrainage <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG/PEJ <input type="checkbox"/> Urinkatheter <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/> <b>Sonstige:</b> _____
Verlegungswunsch
<b>ab:</b> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Sofort
Bemerkungen / Besonderheiten
<input type="checkbox"/> Katecholamine <input type="checkbox"/> Sedativa <input type="checkbox"/> Opiate <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Dialysepflicht ( <input type="checkbox"/> intermittierend; <input type="checkbox"/> kontinuierlich)

**Datum/ Unterschrift:** \_\_\_\_\_