

## Weaning-Anmeldung

Fax: 030-7791 2201

Anmeldende Klinik:

Patient: (ggf. Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Größe:

Gewicht:

Angehörige:

gesetzl. Betreuung:

Arzt/Ärztin Oberarzt/Oberärztin:

Station Telefon:

Station Fax:

Station E-Mail:

## Medizinische Aspekte

Beatmungsgrund:

Grunderkrankung, relevante Diagnosen:

Durchgeführte Therapie/Verlauf:

Intubation am:

Re-Intubation am:

Intubations-  
schwierigkeiten: ja nein

Extubationsversuch erfolgt? ja nein

Größe des Tubus  
Trachialkanüle:

Tracheotomie: nein ja, am: Dilatations chirurgisch

Entwöhnungsversuche  
begonnen? nein ja, erstmals am:

Aktuelles Beatmungsmuster: Länge der Spontanatmungsphasen

Erregerspektrum: MRSA nein ja  
Pseudomonas, Nonfermenter nein ja

Gramnegative Erreger mit Multiresistenz: (3- o. 4-MRGN)

nein ja

Pilze:

nein ja / welche

andere Problemkeime:

nein ja / welche

Antibiotische Vorbehandlung mit:

Herz-/Kreislauf-Funktion:

Dialyse notwendig:

Reanimation nein ja / wann

nein ja evtl. drohend

Katecholamine nein ja

Aktuelles Labor: CRP mg/dl | Hb g/dl | Leuko K/ $\mu$ l | Kreatinin mg/dl

Andere hochgradige Abweichungen:

Letzte BGA unter Beatmung: pO<sub>2</sub> pCO<sub>2</sub> pH % FiO<sub>2</sub>  
ggf. BGA unter Spontanatmung: pO<sub>2</sub> pCO<sub>2</sub> pH % L O<sub>2</sub>/Min.

Sonden, Zugänge:

ZVK nein ja V. jugularis V. subclavia  
Arterieller Zugang nein ja  
PEG, PEJ nein ja  
Transurethraler/suprapubischer Katheter nein ja Andere:

Wach nein ja Ggf. nähere Erläuterung  
Orientiert nein ja  
Agitiert nein ja  
Neurologische Störungen nein ja  
Dekubitus nein ja Wo? Ausmaß?

Wie weit ist der/die Pat. mobilisiert? Größe, Gewicht (ggf. geschätzt)

Ernährung

oral über Magensonde über PEG über ZVK

Sonstiges

Datum: Unterschrift