

Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Zentrum für Beatmungsmedizin und -entwöhnung | Weaning-Zentrum

Chefärztin Sekretariat
CÄ Dr. T. Zhamurashvili
Frau P. Lis

Tel.: 030 - 7791 9321
Tel.: 030 - 7791 9440
Tel.: 030 - 7791 9382

Weaning-Anmeldung

Fax: 030-7791 2239

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
Trachealkanüle:

Tracheotomie: nein ja, am: Dilatation 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/ μ l | Kreatinin mg/dl

Andere hochgradige Abweichungen:

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------|------------------|------|------------------------|
| Letzte BGA unter Beatmung: | pO ₂ | pCO ₂ | pH % | FiO ₂ |
| ggf. BGA unter Spontanatmung: | pO ₂ | pCO ₂ | pH % | L O ₂ /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