

Anmeldung zur stationären Beatmungsentwöhnung – Weaning

Anfrage per FAX: 030-7791 2239

Anfrage per Telefon:

24/7- Hotline 030 - 7791 9177 (auch Sonn- und Feiertage)

! Patient: in bitte bis 12:00 Uhr verlegen

! Vorhandene Befunde (Röntgen-/CT-Bilder) mitschicken

**Abteilung für Pneumologie,
Beatmungsmedizin und Weaning**

Chefärztin

Frau Bagryana Rothe

Tel.: 030 - 7791 9177

Chefärztin Sekretariat

Tel.: 030 - 7791 9321

Fax: 030 - 7791 2239

Beatmungsstation/Station 4B

FOA B. Teshome

Tel.: 030 – 77919409

ITS\LZ- Beatmung/Weaning

Tel.: 030 - 7791 9198

Fax: 030 - 7791 2201

<u>Patient</u> Name: Vorname: Geb.: Adresse: Krankenkasse: Größe: Gewicht:	<u>Kontaktperson / Betreuer:in</u> Name: Vorname: Tel.: Adresse: ☐ Betreuung ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung	
<u>Beatmung</u> Beatmet seit: ____ . ____ . 20__ Invasiv: ☐ Extubationsversuch/e erfolgt: ☐ über Tracheostoma vom: ____ . ____ . 20__ ☐ dilatativ ☐ chirurgisch ☐ über Tubus ☐ nicht invasiv ☐ Nasenmaske ☐ FullFace ☐ TotalFace ☐ Pillow, sonstige Beatmungsform: ☐ kontrolliert ☐ assistiert ☐ andere Bisherige maximale Spontanatemzeit: ☐ an feuchter Nase ☐ am Sprechventil ☐ am Ventilator	<u>Medizinische Versorgung</u> Überweisendes Krankenhaus: Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt: Station: Tel.: Hausarzt: Tel.: Adresse:	<u>Aktuelle Beatmungsparameter:</u> Modus: _____ IPAP/Druck über PEEP: _____ PEEP: _____ Atemfrequenz: _____/min FiO₂/O₂ – Zufuhr: _____ ggf. weitere Parameter: ☐ Katecholamine ☐ Delir ☐ Sedierung
<u>Labor</u> CRP: (mg/l – mg/dl) Hb: (mmol/l / mg/dl) Kreatinin: (mg/dl – µmol/dl) <u>Letzte BGA:</u> Spontan: pH- Wert: pO₂: pCO₂: HCO₃: Unter Beatmung: pH- Wert: pO₂: mmHg/kPa pCO₂: mmHg/kPa HCO₃: mmol/l		

☐ Isolationspflichtige Keime (MRGN, VRE oder MRSA)?

Lokalisation:

Venöse Zugänge: ☐ Venüle ☐ ZVK ☐ andere: _____

Arterieller Zugang: ☐

Vigilanz: ☐ RASS

Dialysepflicht: ☐ Akutdialyse ☐ Chronische Dialyse

Pflege:

☐ Ernährung peroral ☐ über Sonde ☐ PEG ☐ PEJ

☐ bekannte Dysphagie

☐ bereits mobilisiert ☐ im Bett ☐ außerhalb des Bettes

☐ Blasenkatheter ☐ suprapubischer Katheter

☐ Häufige Diarrhoe ☐ Fäkalkollektor

☐ Dekubitus ☐ benötigt Wechseldruckmatratze

☐ Wunden ☐ benötigt Spezialbett

Diagnosen und relevante Komorbiditäten, die bei der Aufnahme in das Weaning-Zentrum schon vorlagen oder sich im Verlauf des Weaning-Prozesses entdeckt wurden/entwickelt haben

☐ Keine	☐ Interstitielle Lungenerkrankung	☐ Linksherzinsuffizienz
☐ COPD	☐ Thorakorestriktive Erkrankung	☐ Arterieller Hypertonus
☐ CIP/CIM	☐ Neuromuskuläre Erkrankung	☐ Adipositas
☐ KHK	☐ Niereninsuffizienz	☐ Diabetes mellitus
☐ Immunsuppression (AIDS)	☐ Onkologische / Hämatologische Erkrankung	☐ Pulmonale Hypertonie
☐ Delir	☐ Pneumonie	☐ Sonstige

Neurologische Erkrankungen:

Wohnsituation vor dem aktuellen Klinikaufenthalt:	☐ Häusl. Umgebung selbstständig	☐ Häusl. Umgebung mit Hilfe
	☐ Häusl. Umgebung mit Pflege	☐ (Pflege-) Heim
	☐ Langzeit Beatmungseinrichtung	☐ ohne festen Wohnsituation

ECOG vor der akuten Erkrankung:	☐ 0 – normale Leistung	☐ 1 – ambulante Betreuung, eingeschränkte Leistung, leichte Arbeiten möglich
	☐ 2 – gehfähig, weniger als 50% des Tages bettlägerig, Selbstversorgung möglich, nicht arbeitsfähig	☐ 3 – mehr als 50% des Tages bettlägerig, begrenzte Selbstversorgung möglich
	☐ 4 – ständig bettlägerig, pflegebedürftig	