



MARTHA
MARIA

Unternehmen
Menschlichkeit

Erfassungsbogen zur Übernahme von Weaningpatienten

Name:
geb.:

Vorname:

überweisende ITS:

Telefon-Nr.:

Fax.:

Ansprechpartner:

Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung(en):

Ursache der Beatmung führende aktuelle Diagnose(n):

Seit wann wird der Patient beatmet:

Wie lange kann der Patient aktuell spontan atmen:

Intubation (Datum):

Tracheotomie: ja (Datum) / nein:

Datum 1. Spontanatemversuch (SBT):

Durchführung von 3 SBT: ja / nein

Sind Problemkeime nachgewiesen (zum Ankreuzen): nicht bekannt

MRSA

ESBL

VRE

Pseudomonas

aktueller Katecholaminbedarf: ja / nein

Labor:

CRP

PCT

Hb

Kreatinin

letzte BGA: PCO₂ spontan:

PaO₂ bei Fi O₂: oder

PCO₂ unter Beatmung:

O₂-Insiufflation: l/min

Vigilanz:

Größe:

Gewicht:

Venenzugang:

Arterieller Zugang:

Blasenkatheter:

suprapubischer Katheter:

Dekubitusulcera:

Antwort per Fax an:

0345 559 1844

Telefon-Nr.:

0345 559 1843

OA Dr. Frank Kalbitz, Tel.-Nr.:

0345 559 1139

Internistische ITS / Weaningzentrum

Krankenhaus Martha-Maria Halle

Klinik für Innere Medizin I

06120 Halle, Röntgenstr. 1