

Anfrage WeaningpatientInnen

Intensivstation/Weaningstation, Chefärzte Dr. F. Bingold (DESA), MHBA und Dr. A. Fertl

Krankenhaus Martha-Maria München

Telefon: 089-7276-341; Telefax: 089-7276-344; E-mail: anaesthesie.muenchen@martha-maria.de



**MARTHA
MARIA**

Unternehmen
Menschlichkeit

Datum der Anfrage

Anfragende Klinik

Seite 1/2

Klinik / Abteilung	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Ansprechpartner	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

PatientInnendaten

Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Größe / Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
Vigilanz	<input type="checkbox"/> kontaktfähig <input type="checkbox"/> nicht kontaktfähig GCS <input type="text"/>
gesetzlich betreut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betreuer/Kontakt <input type="text"/>

Diagnosen

Hauptdiagnose	<input type="text"/>
Nebendiagnosen	<input type="text"/>

Kreislauf

Katecholamintherapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit <input type="text"/> Dosisrate <input type="text"/> µg/kg/min
Sedierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit <input type="text"/> Dosisrate <input type="text"/>

Beatmung

Beatmungsbeginn	<input type="text"/>	
Beatmungsform	<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> nicht-invasiv
Spontanatmungsversuche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
erfolgreich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemweg	<input type="checkbox"/> Trachealtubus Größe <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Trachealtubus Größe <input type="text"/>
Spontanatmungszeit	<input type="text"/> Stunden täglich	
Letzte BGA	PaCO ₂ spontan <input type="text"/> mmHg	PaCO ₂ beatmet <input type="text"/> mmHg
	PaO ₂ spontan <input type="text"/> mmHg	PaO ₂ <input type="text"/> beatmet mmHg
	P/F-Ratio <input type="text"/> mmHg	pH <input type="text"/>

Infektiologie

MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	<input type="checkbox"/> ja
3-MRGN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	<input type="checkbox"/> ja Erreger <input type="text"/>
4-MRGN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	<input type="checkbox"/> ja Erreger <input type="text"/>
Clostridioides difficile	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges	<input type="text"/>		
Scores / Laborparameter	SOFA-Score <input type="text"/>	CRP (mg/l) <input type="text"/>	PCT (ng/ml) <input type="text"/>

Nierenersatztherapie

erforderlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	GFR <input type="text"/> ml/min
--------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Zugänge

Arterieller Katheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZVK	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges