

Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg Von-Hompesch-Str. 1 53123 Bonn www.helios-gesundheit.de/bonn	Klinik für Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin Chefarzt Priv.-Doz. Dr. Selcuk Tasci Tel.: 0228-6481-11302 Fax: 0228-6481-19005
--	--

Zentrum für Beatmungsmedizin – Anmeldebogen zum Weaning

Patient:		Anmeldende Klinik:
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		Fachrichtung:
Kostenträger		
Angehörige/ Betreuer (Telefon)		Anmeldedatum:

Welche **Grunderkrankung/aktuelle Diagnose** führte zur Beatmung?

Relevante **Nebendiagnosen**:

Liegt oder lag eine COVID-19 Erkrankung/Infektion vor?
 JA Nein Datum letzter Abstrich:

Bemerkungen:

Größe: cm Gewicht: kg BMI kg/qm² KOF

Seit wann besteht die Beatmung?	Datum:
Beatmungszugang	Anlage/Wechsel am:
<input type="checkbox"/> Endotrachealtubus	
<input type="checkbox"/> Trachealkanüle:	<input type="checkbox"/> Punktionstracheotomie <input type="checkbox"/> Chirurgische Tracheotomie
Beatmungszeiten:	<input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> intermittierend
Beatmungsmodus:	<input type="checkbox"/> Kontrolliert <input type="checkbox"/> Kontrolliert/assistiert <input type="checkbox"/> Support
Sind Spontanatmungsversuche durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, wie lange ist Spontanatmung möglich?	Minuten Stunden

Letzte Blutgasanalysen					
BGA unter Beatmung			BGA unter Spontanatmung		
pH			pH		
pCO ₂		mmHg	pCO ₂		mmHg
HCO ₃		mmol/l	HCO ₃		mmol/l
pO ₂		mmHg	pO ₂		mmHg
SpO ₂		%	SpO ₂		%

Letzte Beatmungseinstellungen					
Modus:					
IPAP		PS/ASB		Ti	
EPAP		PEEP		I/E	
AF		Trigger			
FiO ₂		Rampe			

Ist der Patient sediert?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, welche Sedativa:		
Aktueller Katecholaminbedarf?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, welche Medikation und Dosierung:		
Mobilität <input type="checkbox"/> Barthel-Score (siehe Anlage):		
Bemerkungen:		
Ernährung:		
<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> Nasogastrale Sonde <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> ZVK		
Ausscheidung:		
<input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> SPDK <input type="checkbox"/> Dialyse/Hämofiltration		
Problemkeime <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN		
Lokalisation:		Spezifizierung:
Bitte erstellen sie eine Anlage mit aktuellen Ergebnissen folgender Abstriche:		
Nase, Rachen, Trachealsekret, Haut		
Datum der Abstriche:		

Bitte geben Sie uns Auskunft über im aktuellen Aufenthalt gegebene Antibiotika
Medikamentenliste (alternativ als Anhang beifügen):

Laborwerte (alternativ als Anhang beifügen)			
CRP		Hämatokrit (%)	
Hämoglobin (g%)		Kreatinin (mg/dl)	
Irreguläre Antikörper?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja welche			
Dialyse?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja: Frequenz(1/Woche):	Nächster geplanter Termin:Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.		

Zugänge			
	JA	NEIN	Lokalisation
Arterieller Zugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ZVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blasenverweilkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art:
			Größe:
			Letzter Wechsel
Magen-Darmtrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art:
			Anlage am:
Sonstige Drainagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Besteht ein Dekubitus		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, bitte Lokalisation und Graduierung angeben:			

Ansprechpartner		
Bitte nennen Sie uns für weiterführende Informationen und Kontaktaufnahme folgende Ansprechpartner:		
Funktion	Name	Telefonnummer
Assistenzärztl. Dienst		
Zuständiger OA/OÄ		
Station		
Bitte an 0228-6481-19005 (Sekretariat Pneumologie) faxen. Vielen Dank		