

ARDS/ECMO Anmeldung

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin
und Schmerztherapie

ECMO-Hotline

T (033631) 7-1999

Bitte das Formular ausgefüllt per E-Mail an
ecmo.badsaarow@helios-gesundheit.de
senden oder per Fax an: (033631) 7-3084

Datum/Uhrzeit: _____

Patientenname: _____

geb. am: _____ Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____

Krankenhaus: _____ Ansprechpartner: _____

Telefon: _____ Sozialanamnese/Betreuung: _____

Diagnose und Verlauf

Erkrankungsbeginn: _____ Intensivtherapie seit: _____ Intubation am: _____

Diagnosen/Op's: _____

Vorerkrankungen

Nikotin: _____ Alkohol/Drogen: _____ Malignom: _____ Allergien: _____

Kardial: _____

Pulmonal: _____

Neurologie: _____

Nierenfunktion: _____

Sonstiges/Behandlungslimitierung/Patientenverfügung: _____

Lunge/Beatmung

Beatmungsmodus: _____ Lagerung: _____

AF: _____ AZV: _____ AMV: _____ FiO2: _____ PPeak: _____ PS: _____ PEEP: _____

I:E: _____ PaO2: _____ PaCO2: _____ ph: _____ BE: _____ HCO3: _____

SaO2: _____ SvO2: _____ Hb: _____ Laktat: _____

Röntgen/CT (Pneu, Emphysem etc.): _____

Hämodynamik

MAP: _____ PAP: _____ CO: _____ ITBV: _____ PCWP: _____ Bilanz: _____

Noradrenalin: _____ Adrenalin: _____ Dobutamin: _____

Sonstiges/Kortikoide: _____

Laborparameter

Leukos: _____ CRP: _____ PCT: _____ Kreatinin: _____ GFR: _____ ASAT: _____

ALAT: _____ Bilirubin: _____ Albumin: _____ Quick: _____ PTT: _____ Thrombozyten: _____

Keimnachweis/MRE

wann/wo: _____

Antibiotika: _____

was/seit: _____

Zur Vorbereitung einer ECMO-Implantation in Ihrer Klinik und eines Transportes in unser ARDS/ECMO-Zentrum sollten folgende Maßnahmen geprüft bzw. vorbereitet werden:

To-do-Liste

- aktuelles Labor mit Gerinnung, Blutbild, Nieren- und Leberwerte
- 6 EK kreuzen
- möglichst aktuelles CT Thorax und Schädel
- rechte V. jugularis und femoralis sollten frei sein, ggf. ZVK wechseln
- TEE- und Gefäßsonografie bereitstellen
- 2 (OP-) Tische bereitstellen
- Information / Einwilligung Betreuer (Verlegung, ECMO)