



Formular

# ECMO-Anfrage

KUM.AN.3615.02.Q

Seite 1 von 1

**Erstellt von:**

M. Zoller

**Geprüft von:**

ohne

**Freigegeben von:**

M. Irlbeck

**24h-ARDS-Hotline der Anaesthesiologischen Intensivstationen +49 89 4400 44111**

**Patient (ggf. Etikett)**

Name, Vorname  Kostenträger

m  kg  M / W

Geburtsdatum  Größe und Gewicht  Geschlecht

**Ansprechpartner**

Krankenhaus/Klinikum - Station

Telefon/Fax  Name des behandelnden Arztes

**Diagnose und Verlauf**

Hauptdiagnose  Erkrankungsbeginn  Aufnahme ICU

Nebendiagnosen  Zusammenfassung des bisherigen Verlaufs

**Lunge/Beatmung**

Art des Atemwegs  intubiert seit  ja / nein

Inhalative Medikation  Bauchlage

Beatmungsmodus  FiO2  f  /min  ml  l/min  mbar  mbar

**Aktuelle BGA:** p<sub>a</sub>O<sub>2</sub>  mmHg p<sub>a</sub>CO<sub>2</sub>  mmHg pH  Laktat  mmol/l Hb  g/dl HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> / BE

Radiologische Befunde (Pneu/Infiltrate/...)  CT-Thorax vorhanden? Wenn ja, von wann?  Thoraxdrainagen (Anzahl/Lage/Sog)

**Hämodynamik**

Herzfrequenz  /min MAP  mmHg

HZV  l/min Reanimation  ja / nein

Katecholamine (Medikament und Dosierung)  Gefäßzugänge (Ort)

**Nieren- und Leberfunktion/Gerinnung**

Niereninsuffizienz  ja / nein Kreatinin  mg/dl Nierenersatzverfahren seit  Bilirubin  mg/dl Quick  % aPTT  sec Thrombozyten  G/l Antikoagulantientherapie

**Infektiologie**

Keimnachweis  isolationspflichtig ja /

Antibiose (Medikament, Art der Anwendung, Dosierung)

**Neurologie**

Neurologischer Status vor Sedierung  Pupillenstatus  Aktuelle Sedierung/Relaxierung

**Therapievorschlag**

Name  Datum  Unterschrift

**Übernahme**  ja / nein  ECMO vor Ort  ja / nein

nicht möglich wegen: