

Anmeldung Weaningpatient

Dokumentnummer: D5401

Dokumententyp: Dokument



Chefarzt Prof. Dr. Dirk Koschel

Chefarzt Dr. Jens Kraßler

Weaningkoordinator:

Philipp Kaiser

Tel.: 03523/65-281, Fax: 03523/65-276, E-Mail: Beatmungsentwoehnung@lungenzentrum-coswig.de

Verlegende Klinik			
Name der Klinik:			
überweisende Station:			
überweisender Arzt/Ansprechpartner:			
Tel.-Nr.:			
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vorsorgevollmacht:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Therapielimitierung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	sonstiges:
Patient			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Adresse:			
Angehörige:			
Größe:	cm	Gewicht:	kg
Betreuung:	<input type="checkbox"/> ja, durch: <input type="checkbox"/> nein		
Diagnosen:			
zur Beatmung führende Grunderkrankung:			
zur Beatmung führende aktuelle Diagnose:			
Aktueller Befund:			
voll orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
teilweise/nicht orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
komatös	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
delirant/dement	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
depressiv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sedierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Stimmbandparese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Mobilität:			
bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bettkante	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Mobilisationsstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gangschule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Anmeldung Weaningpatient

Dokumentnummer: D5401

Dokumententyp: Dokument

Beatmung:	
seit wann wird Patient beatmet:	Anzahl Spontanatmungsversuche:
Extubationsversuch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dauer der Spontanatmung:
Tracheotomie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Dilatation <input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> nein	Beatmungsmodus: <input type="checkbox"/> CPAP/ASB <input type="checkbox"/> BIPAP/ASB / Assist <input type="checkbox"/> PSV
Letztes Labor vom: CRP: Hb: Kreatinin:	Parameter: IPAP/EPAP: mbar mbar AF: /min Ti: Sek. Vt/MV: FiO ₂ : %
Problemkeime nachgewiesen: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> andere:	Letzte BGA vom: PCO ₂ spontan: PCO ₂ unter Beatmung: PaO ₂ bei FiO ₂
Aktueller Katecholaminbedarf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dialysepflicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz/Kreislauf:	Vigilanz:
Venenzugang:	Arterieller Zugang:
Blasenkatheter: suprapubischer Katheter:	Dekubitus Grad: Lokalisation:
Sonstige Bemerkungen:	
Unterschrift / Datum / Stempel überweisender Arzt:	