

per E-Mail an: Intensivmedizin@bgu-murnau.de

Abfragebogen für Patienten zur potentiellen ECMO-Therapie

Zuweiser:

Klinik:
Ansprechpartner:
Tel.:

Patientendaten:

Name, Vorname:
Geburtstag:
Größe: Gewicht:

Diagnose:
Nebendiagnose(n):
Vorerkrankungen:

Anamnese:

Reanimation: ja ☐ nein ☐

Aktuelle Beatmungstherapie (bitte verfügbare Werte eintragen):

Beatmung seit:

Modus: FiO₂: PEEP: P_{max}:
Atemfrequenz: VT: AMV: I:E:
Delta P:
Horowitz: Lagerung: Thoraxdrainage(n):

Aktuelle arterielle Blutgasanalyse (bitte verfügbare Werte eintragen):

PaO₂: PaCO₂: pH:
BE: Laktat: SaO₂:
Hb: HCO₃⁻: Na⁺: K⁺:

Aktuelles Labor (bitte verfügbare Werte eintragen):

Dialyse: ja ☐ nein ☐

Leukozyten: CRP: PCT: Albumin:
Thrombozyten: Quick: PTT: Fibrinogen:
Kreatinin: Harnstoff: Bilirubin: GPT: yGT:

Aktuelle Hämodynamik (bitte verfügbare Werte eintragen):

RR invasiv: / / mmHg HF: /min Rhythmus:
HI: PPV: SVV: ELWI:

Aktuelle Katecholamine (welche und in welcher Dosierung):

Analosedierung (welche und in welcher Dosierung):

Antinfektive Therapie:

Multiresistente Erreger:

Gefäßzugänge (wo und seit wann)

ZVK: Arterie: Dialysekatheter:

Aktuelle Antikoagulation:

Anmerkungen/Sonstiges: