

**Anmeldung für „Pneumologisches“ Weaning /  
Atmungstherapie /Interdisziplinär**

Pneumologie und Anästhesiologie / Intensivmedizin

Tel. (Pneumologie, 08:00–16:00 Uhr): **040 - 2092-7183**

Tel. (ITS diensthabend, 16:00–08:00 Uhr): **040 - 2092-8888**

Fax: 040 - 2092-1200

Anmeldende Klinik:			
Name, Vorname			
Geburtsdatum:			
zuständige/r Ärztin/Arzt:			
Tel.-Nr. für Rückruf			
Diagnose/n (ggf. warum prolongiertes Weaning):			
Blutgasanalyse unter Spontanatmung: <input type="checkbox"/> HFNC <input type="checkbox"/> Nasensonde <input type="checkbox"/> FN			
pH _____ pCO <sub>2</sub> _____ pO <sub>2</sub> _____ BE _____ HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> _____ O <sub>2</sub> -Gabe: FiO <sub>2</sub> _____ / _____ l/min.			
Blutgasanalyse unter Beatmung: <input type="checkbox"/> Invasiv <input type="checkbox"/> NIV			
pH _____ pCO <sub>2</sub> _____ pO <sub>2</sub> _____ BE _____ HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> _____ O <sub>2</sub> -Gabe: FiO <sub>2</sub> _____ / _____ l/min.			
Angaben zur Beatmung			
ET <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> Größe (a. D.):		Spontanatmung/Tag:	
Anlageart:		Beatmungsgerät:	
angelegt am:		kontrol. Beatmungsmodus:	
Zahl d. Extubationsversuche:		beatmet seit:	
Klinische Informationen		Stabilitätskriterien	
Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Katecholamine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte Laufraten mit angeben:
Körpergewicht _____ kg		Fieber	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dekubitus Grad _____		Delir	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vigilanz (RASS)	_____
Ernährung oral: _____ kcal	Sonde: _____ kcal	PEG/PEJ: _____ kcal	
Infektion/en, Keimbesiedelung			
MRSA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	VRE <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lokalisation: _____	
3 MRGN <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	4 MRGN <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Keim: _____	Lokalisation: _____
Sonstiges:			

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_  
(Ärztin / Arzt)