

Abfragebogen: Patienten zur ECMO-Implantation

1. Hotline (Tel.): (06181) 296-1515

2. Fax an: (06181) 296-2133

Resp. Insuffizienz (ARDS) Ja Nein

Kardiogener Schock Ja Nein

Klinik:	Patientenname:		
Ansprechpartner:	Geb.-Datum:	Alter:	
Datum:	Zeit:	Größe (cm):	BMI:
Telefonnummer:	Gewicht (kg):		

Diagnose / Kurzverlauf:

Pulmo

Beatmung seit:		Modus		pH
FiO ₂	%	I:E		paO ₂
P _{max}	mbar	Leckage?	Ja Nein	paCO ₂
PEEP	mbar	Infiltrate (Anzahl Quadranten)	Nein 1/4 2/4 3/4 4/4	HCO ₃ ⁻
AF	/min	Bauchlagerung	Ja Nein	BE
V _T	ml	Tracheostomie	Ja Nein	paO ₂ /FiO ₂ kPa mmHg
Compliance	ml/mbar			Lung Injury Score

Hämodynamik

Rhythmus		Norepinephrin		TTE/TEE	Ja Nein
HF	/min	Epinephrin		LV-EF	%
RR	mmHg	Dobutamin		Rechtsherzbelastung	Ja Nein
ZVD	mmHg			Pulmonaler Hypertonus	Ja Nein
				Intrakardiale Thromben	Ja Nein

Organfunktion/Status

Leberfunktionsstörung	Ja	Nein	Terminale Lungenerkrkg.	Ja	Nein	Isolationspflichtig	Ja Nein
Aktive Blutung	Ja	Nein	Pneumonie	Ja	Nein	Erreger	
HIT II	Ja	Nein	Infektion	Ja	Nein		
Malignom	Ja	Nein	Dialyse	Ja	Nein		
Immunsuppression	Ja	Nein	Diurese		ml/h		

Labor (Datum):

Hb		Na	mmol/l	PCT
Hk	l/l	Harnstoff		CRP
Thrombos		Creatinin		ASAT
Leukozyten		Bilirubin gesamt		PTT
Laktat	mmol/l	Glucose		Quick

Diagnostik

Röntgen-Thorax:	Ja	Nein	Computertomographie	Ja	Nein
-----------------	----	------	---------------------	----	------

Gefäßstatus

Zugänge	Arterie	Ja	Nein	Gefäß frei?	V. jug. int.	re	li	Gefäßprothesen	Ja	Nein
	ZVK	Ja	Nein		V. subcl.	re	li	Thoraxdrainagen	Ja	Nein
	Port	Ja	Nein		V. fem.	re	li			
	Dialysekath.	Ja	Nein		A. fem.	re	li			

Bemerkungen: