

Ihre Daten:

Klinik: _____ Ansprechpartner: _____
 Station: _____ Telefonnummer: _____

Patientendaten:

Name: _____
 Vorname: _____ Körpergröße: _____ cm
 Geburtsdatum: _____ Körpergewicht: _____ kg

MRE/Isolation:

MRSA _____ VRE _____ MRGN _____ Sonstiges _____

SARS-CoV-2: _____

Aktueller Krankheitsverlauf und relevante Begleiterkrankungen:

NIV von/bis: _____ Intubation am: _____ Tracheotomie am: _____

Aktueller Zustand:

Beatmung:

Spitzendruck: _____ FiO₂: _____
 PEEP: _____ AF/AMV: _____

BGA:

pH: _____ p_aO₂: _____ p_aCO₂: _____ Laktat: _____

Nierenfunktion:

Diurese: _____ Kreatinin [mg/dl]: _____ Nierenersatzverfahren: _____

Kreislauf:

Noradrenalin: _____ Sonstiges: _____

Ausstattung: Punktionsort, ggf. Lumen, Liegedauer [d]

ZVK: _____ Shaldon: _____ Arterie: _____
 Letzte CT-Diagnostik _____ Teleradiologisch übermittelt: _____
 am: _____
 Ausschluss Lungenarterienembolie erfolgt: _____

Aktuelle Antimikrobielle Therapie und Befunde:

CRP: _____ PCT: _____

Sonstiges (Angehörige, Betreuung, ...)

