

Datum

**Ihre Daten:**

Klinik:  Ansprechpartner:   
Station:  Telefonnummer:

**Patientendaten:**

Name:   
Vorname:  Körpergröße:   
Geburtsdatum:  Körpergewicht:

**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:  FiO<sub>2</sub>:   
PEEP:  AF/AMV:

**BGA:**

pH:  p<sub>a</sub>O<sub>2</sub>:  p<sub>a</sub>CO<sub>2</sub>:  Laktat:

**Nierenfunktion:**

Diurese:  Kreatinin [mg/dl]:  Nierenersatzverfahren:

**Kreislauf:**

Noradrenalin:  Sonstiges:

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

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

**Aktuelle Antimikrobielle Therapie und Befunde:**

CRP:  PCT:

**Sonstiges (Angehörige, Betreuung, ...)**

