

## Datenerhebung zur Patientenübernahme in die Weaning-Einheit

### Patientendaten:

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Krankenkasse</b>	

### Anmeldung durch:

Arzt/Ärztin:	
Krankenhaus:	
Abteilung/Station:	
Telefon/Fax:	

### Allgemeine Angaben:

Datum der Anfrage:		Größe:	
Stationär seit:		Gewicht:	
Auf Intensivstation seit:		Dekubitus:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Grunderkrankung / Diagnosen:

Führende Grunderkrankung(en) als Ursache der Beatmung:
Führende aktuelle Diagnose(n) als Ursache der Beatmung:
Weitere Diagnosen: <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Dialylenotwendigkeit <input type="checkbox"/> _____
Aktuelle Operation:
Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:

### Problemkeime (bitte ankreuzen):

Keim	Ja	Nein	Datum	(Abstrich)-Ort
MRSA				
ESBL				
C.difficile				
Norovirus				
Andere				

### Vigilanz

Wach <input type="checkbox"/>	Orientiert <input type="checkbox"/>	Somnolent <input type="checkbox"/>	Delirant <input type="checkbox"/>	Sediert <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

### Labor:

CRP	(mmg/l)	Hb	(g/dl)	Kreatinin	(mg/dl)
-----	---------	----	--------	-----------	---------

Blatt 2 zu Datenerhebung zur Patientenübernahme in die Weaning-Einheit / Patient: \_\_\_\_\_

**Beatmung / Werte:**

Beatmet seit:		Tubus	Größe	Seit
Tracheotomie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit:		
	<input type="checkbox"/> chirurgisch	<input type="checkbox"/> dilatativ	Kanülengröße: _____	
Wie lange kann der Patient spontan atmen?		Minuten:		
<b>SBT erfolgt*:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja:	Erster SBT am:	Anzahl der SBT:		
SBT erfolgreich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein, warum?		
<b>BGA vor erstem SBT:</b>				
PaCo2	mmHg			
PaO2	mmHg			
pH				
HCO3				
SaO2	%			
Invasive Beatmungstage nach erster SBT:				

Letzte <b>BGA</b> vom:				Beatmung vor SBT				Beatmung aktuell			
	spontan	beatmet									
PaCo2			mmHg	Modus:	I/E:	FiO2:	AF:	Modus:	I/E:	FiO2:	AF:
PaO2			mmHg	IPAP			mbar	IPAP			mbar
pH				PEEP			mbar	PEEP			mbar
HCO3				Tidal- volumen			ml	Tidal- volumen			ml
SaO2			%	Minuten- volumen			l/min	Minuten- volumen			l/min

**Zugänge / Versorgung:**

<input type="checkbox"/> venöser Zugang	seit: _____	<input type="checkbox"/> ZVK	seit: _____	<input type="checkbox"/> PEG	seit: _____
<input type="checkbox"/> arterieller Zugang	seit: _____	<input type="checkbox"/> Sheldon-Katheter	seit: _____	<input type="checkbox"/> DK	seit: _____
<input type="checkbox"/> Thoraxdrainage	_____	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____		

**Medikation:**

Antibiotika-Therapie:
Katecholamine:
Sedierung / Analgesie:
Sonstige Medikation: (ggf. auf separatem Blatt)

**Klinikum Würzburg Mitte gGmbH**  
**Standort Missioklinik / Beatmungsstation**  
 Salvatorstr. 7, 97074 Würzburg  
 Telefon: 0931 / 791-2211

**Hotline: 0931/791-2434**      **Fax-Anmeldung 0931/791-22 49**

Bitte bei der Verlegung Röntgenbilder, weitere Bildgebung und Diagnostik mitgeben. DANKE.

\* SBT= Spontanatemeversuch: Atmen mit PEEP ≤ 7 und ≤ 5-8 cm H2O oder an der feuchten Nase oder ATC.  
 Stand: 02.2017