Anamnesebogen

für Patienten mit Lungen- und oder Herzversagen

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin
und Schmerzmedizin
Intensivstation K061A

ECMO/ARDS HOTLINE: 015255654474 / 0371-333 42576

E-Mail : ecmo@skc.de
FAX : 0371/33342587

Klinikdaten

Klinik:		Ansprechpartner:	
Station:		Rückrufnummer:	

Patientendaten

Name,Vorname:			
Geburtsdatum:		Vorsorge:	
Größe in m:		Alter:	
Gewicht in Kg:		BMI:	#DIV/0!

Anamnese

Aufnahmedatum

Kurzanamnese:

Vorerkrankungen: [Malignom, Immunsupression …)

Klinik

Intensivstation ab:	
Intubation ab:	
Tubus:	
Isolation:	_____
Erreger:	_____
Antibiosen:	

Diagnostik:

Rö-Thorax	_____
CT	_____
Neurologie	

Beatmung:

FIO2 %	0,21			
Pmax				
PEEP				
AF/AMV				
VT				
Modus				
I:E				
Compliance				
Horowitz-Index	428,57	mmHg	57,14	Kpa

Kreislauf

HF	
RR	
ZVD	
HZV	
Temp.	

Katecholamine:

1		CVVH/HD	
2		Bilanz	
3		Diuretika	

Sedierung

1	
2	
3	
4	

Labor

pH		BE		Tk		Harnstoff		PCT	
paO2 mmHg	90,00			Leuko		CREA		CRP	
paCO2		Hb		Laktat		Bili ges.		PTT	
HCO3-		Hk		Na		GLU		Quick	
Blutgruppe									

Gefäßstatus:

Zugänge		**freie Gefäße**	
Arterie	_____	V.Jug.int.	_____
ZVK	_____	V.Subcl.	_____
Port	_____	V.Fem	_____
Dialysekath.	_____	A.Fem	_____

Gefäßprothesen:

Thorax-Drainagen:

Notizen/Ergänzungen:

Nach telefonischer Rücksprache, bitte das ausgefüllte Formular per Email oder Fax zurück senden.

Datum

Uhrzeit