



Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin

Zentrum für Beatmungsmedizin und -entwöhnung / Weaning-Zentrum

## Weaning-Anmeldung

Intensivstation FAX: 030-7791 2201  
 Tel.: 030-7791 2202  
 OA Petrov Tel.: 030-7791 9375

Außerhalb der Dienstzeiten

Intensivstation 030-7791 2202

Anmeldende Klinik:		Patient (ggf. Aufkleber) Name	
Arzt/Ärztin Oberarzt/Oberärztin		Vorname	
		Geburtsdatum	
		Wohnort	
		Größe:                      Gewicht:	
Station	Telefon	Fax	
Angehörige			
Gesetzliche Betreuung			

## Medizinische Aspekte

Beatmungsgrund:		
Grunderkrankung, relevante Diagnosen:		
Durchgeführte Therapie/Verlauf:		
Intubation am: Re-Intubation am:	Intubationsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Größe Tubus / Trachealkanüle: <small>Nicht zutreffendes bitte streichen</small>
Extubationsversuch erfolgt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Tracheotomie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		
<input type="checkbox"/> Dilatations <input type="checkbox"/> chirurgisch		
Entwöhnungsversuche begonnen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, erstmals am:		
Aktuelles Beatmungsmuster: Länge der tgl. Spontanatmungsphasen:		
Erregerspektrum:		
MRSA <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Pseudomonas, Nonfermenter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

<b>Gramnegative Erreger mit Multiresistenz (3- o. 4-MRGN)</b> Pilze welche? <b>Andere Problemkeime</b> welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>Antibiotische Vorbehandlung mit:</b>  			
<b>Herz-/Kreislauf-Funktion:</b> Reanimation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am Katecholamine <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dialyse notwendig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> evtl. drohend			
<b>Aktuelles Labor:</b> CRP    mg/dl    Hb    g/dl    Leuko    K/ $\mu$ l    Kreatinin    mg/dl <b>Andere hochgradige Abweichungen:</b>  			
<b>Letzte BGA unter Beatmung:</b> pO <sub>2</sub> pCO <sub>2</sub> pH                    % FiO <sub>2</sub> <b>ggf. BGA unter Spontanatmung:</b> pO <sub>2</sub> pCO <sub>2</sub> pH                    L O <sub>2</sub> /Min.			
<b>Sonden, Zugänge:</b> ZVK <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> V. jugularis <input type="checkbox"/> V. subclavia Arterieller Zugang <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja PEG, PEJ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Transurethraler / suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Andere:			
	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Ggf. nähere Erläuterung</b>
<b>Wach</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Orientiert</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Agitiert</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Neurologische Störungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Dekubitus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wo? Ausmaß?</b>
<b>Wie weit ist der/die Pat. mobilisiert?</b>			
<b>Größe, Gewicht (ggf. geschätzt)</b>			
<b>Ernährung</b>	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> über PEG		<input type="checkbox"/> über Magensonde <input type="checkbox"/> über ZVK
<b>Sonstiges</b>			

**Datum**

**Unterschrift**