

VL Anmeldebogen und Screening für Patienten zur Lungenersatztherapie ECMO/ECCO2R /ECLS

ECMO Zentrum Allgäu
Klinikverbund Kempten-Oberallgäu

Intensivstation Krankenhaus Immenstadt Hotline: 08323 910-8230 Email: ecmo@kv-keoa.de Fax: 08323 910-282



Bitte durch anmeldende Klinik ausfüllen und zurück faxen

ANMELDENDER ARZT		Datum:	
Name:	Klinik:	Telefon:	

PATIENT				
Name:		Vorname:		Geburtsdatum:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N		Größe:	Gewicht: BMI:
Neoplasie: <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	-> Welche:			ECOG-PS (aktuell):
Anamnese:		Grunderkrankung:		

Aktuell Blutgasanalyse			Horowitz-Q:	
P _a O ₂ [mmHg]:	P _a CO ₂ [mmHg]:	S _a O ₂ [%]:	BE [mmHg]:	pH:

BEATMUNG				
NIV	Von:	Bis:		
Intubation	Von:	Bis:		
Beatmungsparameter aktuell				
Beatmungsmodus:	PEEP[cmH ₂ O]:	FiO ₂ [%]:	Beatmungsmitteldruck[cmH ₂ O]:	I:E
Tidalvol. [ml]:	AMV (L):	Inspirationsdruck[cmH ₂ O]:	Respiratory Rate [/Min.]:	

Ersteller:	OÄ Dr. Katrin Schumann-Stoiber	Freizeichner:	Lt. OA Dr. Martin Schmölg
formal geprüft:	QM/OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	22.12.2015
Version:	01	KV_VL ECMO Anmeldung.docx., Ausdruck vom 30.12.2015, Seite 1 von 3	

VL Anmeldebogen und Screening für Patienten zur Lungenersatztherapie ECMO/ECCO2R /ECLS

ECMO Zentrum Allgäu
Klinikverbund Kempten-Oberallgäu

Intensivstation Krankenhaus Immenstadt Hotline: 08323 910-8230 Email: ecmo@kv-keoa.de Fax: 08323 910-282



Spontanatmung möglich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bauchlagerung:	<input type="checkbox"/> Ja, in Stunden:	<input type="checkbox"/> Nein
Beatmungszugang		
Tubus Größe:	Trachealkanüle Größe:	Tracheotomie/letzter Wechsel: <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch

LABOR					
Hb [g/dl]:	Hk [%]:	Thromb [G/l]:	CRP [mg/l]:	Krea [μ mol/l]:	Hst [mIU/l]:
Na ⁺ [mmol/l]:	K ⁺ [mmol/l]:	AST [U/l]:	ALT [U/l]:	Bili [μ mol/l]:	INR:

GEFÄSSZUGANG
Thrombosen vorbekannt?
Zentrale Zugänge? Welche? Seit wann? Welches Gefäß?

Aktuelle radiologische Bildgebung		
Röntgen-Thorax:	CT-Thorax/Abdomen:	Schädel-CT:

DIAGNOSTIK				
Echo	LVF:	TAPSE:	Vitien:	PHT:
Bronchoskopie	BAL/Bronchialspülung:		Verlegung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pleurasono:	OBS:		EKG:	
Mikrobiologiebefunde:			Isolation: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bisherige Antibiosen:			MRSA: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
			ESBL: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ersteller:	OÄ Dr. Katrin Schumann-Stoiber	Freizeichner:	Lt. OA Dr. Martin Schmölz
formal geprüft:	QM/OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	22.12.2015
Version:	01	KV_VL ECMO Anmeldung.docx., Ausdruck vom 30.12.2015, Seite 2 von 3	

VL Anmeldebogen und Screening für Patienten zur Lungenersatztherapie ECMO/ECCO2R /ECLS

ECMO Zentrum Allgäu
Klinikverbund Kempten-Oberallgäu

Intensivstation Krankenhaus Immenstadt Hotline: 08323 910-8230 Email: ecmo@kv-keoa.de Fax: 08323 910-282



HÄMODYNAMIK Aktuell

RR [mmHg]:	MAP [mmHg]:	HZV [l]:	HR [Min.]:
------------	-------------	----------	------------

KATECHOLAMINE

Norepinephrin [mg/h]:	Epinephrin [mg/h]:	Dobutamin [mg/h]:
-----------------------	--------------------	-------------------

KONTRAINDIKATIONEN FÜR *FULL-DOSE* HEPARIN

<input type="checkbox"/> Ja, welche:	<input type="checkbox"/> Nein	HIT-II-Test erfolgt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------------------------------------	-------------------------------	--

Datum	Annehmender Arzt Intensivstation IM
-------	-------------------------------------

Mitarbeiter ECMO Zentrum Allgäu:		
ECMO <input type="checkbox"/> Ja:	ECMO <input type="checkbox"/> Nein:	Begründung:
Transport ohne ECMO:	Transport mit ECMO:	

Datum	Unterschrift + Telefonnummer
-------	------------------------------