

Station ND1

Ansprechpartner:
OÄ Daniela Nickoleit Bitzenberger

Klinikum Dortmund gGmbH
Münsterstraße 245
44145 Dortmund
KLZ Nord
Klinik für Pneumologie, Infektiologie
und Intensivmedizin
Tel.: 0231/ 953 18211,-18216,-18217
Fax: 0231/ 95318291

Überleitbogen zur Weaningübernahme
(bitte per Fax an 0231/ 95318291)

Ziel unserer Weaning-Einheit ist es, Patienten mit Weaning-Problemen effizient helfen zu können.
Damit wir eine detaillierte Planung vornehmen können, bitten wir Sie um einige Daten und Beantwortung dieser 2 Seiten.

Daten der anmeldenden Klinik/des anmeldenden Arztes

Name der Klinik/ Fachrichtung: _____
Name des Arztes: _____
Anschrift: PLZ: _____ Stadt: _____
Straße: _____
Telefon: _____ Fax: _____

Patientendaten

Name: _____
Geburtsdatum: _____ . _____ . _____ Geschlecht: männl. weibl.
Anschrift: PLZ: _____ Stadt: _____
Straße: _____
Beruf des Patienten: _____ Krankenkasse: _____
Nächster Angehöriger/Bezug: _____
Hausarzt: _____
Betreuung eingerichtet: Ja Nein Vorsorgevollmacht: Ja Nein

Versorgung des Patienten vor der aktuellen Erkrankung

Versorgung zuhause: selbstständig durch Angehörige Pflegedienst nicht möglich

Allgemeinzustand vor Akuterkrankung

keine Einschränkung geringe Einschränkung ohne mit Hilfebedürftigkeit
Hilfe beim Ankleiden und Essen komplett hilfebedürftig

Kurzer Verlauf /Medizinische Anamnese/Vorerkrankungen/ OPs Wir bitten um Kopie älterer Arztbriefe**Akutanamnese**

Diagnose, die zur Beatmung führte: _____

Intubationsdatum/ Beatmungsbeginn: _____ . _____ . _____ / _____ . _____ . _____

Beatmungsmodus: _____ FiO2: _____ AF: _____
PEEP/EPAP: _____ IPAP: _____

Beatmungszugang: Tubus Tracheostoma (dilatativ/chirurgisch) seit: _____ . _____ . _____

Aktueller medizinischer Befund

Gewicht _____ kg Größe _____ cm
 Blutdruck _____/_____ mmHg HF _____ bpm
 Katecholamine Nein Ja z.Z. mit _____
 Haemofiltration Nein Ja
 Dialyse Nein Ja
 Aktuelle arterielle Zugänge _____ seit: _____
 Aktuelle venöse Zugänge _____ seit: _____
 Blasenkatheter/SPF _____ seit: _____
 Magensonde/ PEG/ PEJ _____ seit: _____
 Parenterale Ernährung
 Enterale Ernährung: Flüssig Fest
 Schlucken möglich: Nein Ja

Kommunikation

Sprechen möglich Nein Grund: geblockte TK Aphasie andere _____
 Ja Grund: Sprechventil Platzhalter

Mobilisationsgrad: Bett Stuhl Zimmer Flur
Pflegebedürftigkeit: voll teils gering
Dekubitus: Grad: Lokalisation:

Sedierung Nein Ja z.Z. mit _____
 Wach+ voll orientiert kooperativ, orientiert, ruhig
 Schläft/ leicht erweckbar Reaktion auf lautes Ansprechen
 Komatös/ keine Reaktion Delir

Aktuelles Labor *bitte Befunde mitschicken*

CRP _____ mg/l Hb _____ g/dl Kreatinin _____ mg/dl
 Bilirubin _____ mg/dl GOT _____ U/l GPT _____ U/l

Keime:

MRSA Nein Ja
 ESBL / 3 - 4 MRGN Nein Ja , welcher _____
 CDT Nein Ja

Weaning Versuche

Zahl der Re- Intubationen: _____

Angewandte Weaning Methode: _____

SBT: Ja Nein Wenn Ja, wann 1./2./3. SBT?: _____

Vermuteter Grund des Scheiterns _____

Beatmungsdauer: maschinell _____ h/Tag spontan _____ h/Tag
 Motivation des Patienten: sehr gut gut weniger gut gar nicht
 Stimmung des Patienten: euphorisch adäquat weinerlich depressiv

Blutgasanalyse mit Beatmung:

pH _____ pO2 _____ mmHg, pCO2 _____ mmHg, HCO3- _____ mmol/L, FiO2: _____

Blutgasanalyse ohne Beatmung:

pH _____ pO2 _____ mmHg, pCO2 _____ mmHg, HCO3- _____ mmol/L, FiO2: _____