

Chefarzt: Prof. Dr. med. Fühner
Oberärztin: J. Meyhöfer

Tel.: 0511 / 927 - 4624
Fax: 0511 / 927 - 974600



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.
Kompetenznetzwerk WeanNet

Patient/-in:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenkasse:

Verlegende Klinik:

Ansprechpartner:

Fax:

Tel.:

Angehörige

Name _____

Anschrift _____

Telefon/Fax/Mobil _____

Betreuer

Name _____

Anschrift _____

Telefon/Fax/Mobil _____

Hausarzt

Name _____

Anschrift _____

Telefon/Fax _____

1. Welche Erkrankung führte zur Beatmung?

2. Welche relevanten Nebendiagnosen liegen vor ?

- a.) _____
- b.) _____
- c.) _____
- d.) _____
- e.) _____

3. Seit wann ist der Patient/die Patientin beatmet ?

4. Welcher Beatmungszugang liegt vor ?

- orotrachealer Tubus nasotrachealer Tubus
- Dilatationstracheostoma plastisches Tracheostoma

5. Welche Beatmungsform haben Sie gewählt ?

- BIPAP CPPV SIMV (A)PCV ASB/PSV (a)VCV
- andere: _____

6. Wie lange kann der/die Patient/-in spontan atmen (Minuten/Tag) ?

7. Haben Sie bereits 3 Spontanatmungsversuche durchgeführt und wenn, wann ?

8. Wodurch ist das Weaningproblem bedingt ?

9. Wie ist die Vigilanz des Patienten/der Patientin ?

- klar wechselhaft durchgängig somnolent komatös

10. Ist eine Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin möglich ?

- verbal eingeschränkt verbal non-verbal nicht möglich

10. Wie weit ist der Patient/die Patientin mobilisiert ?

- uneingeschränkt bis Bettkante bis Sitzen (Sessel)
 stehfähig selbständig stehfähig mit Hilfe
 gehfähig selbständig gehfähig mit Hilfe

11. Sind multiresistente bakterielle Keime bekannt ?

- nein ja

Wenn ja: Besiedelung Infektion

- MRSA VRE 3-MRGN 4-MRGN Clost. difficile

Lokalisation:

12. Wie groß ist der Patient / die Patientin (auch Schätzung) ?

_____ cm

13. Wie schwer ist der Patient / die Patientin (auch Schätzung) ?

_____ kg

14. Welche Zugänge hat der Patient / die Patientin ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Lumen-ZVK | <input type="checkbox"/> 3-Lumen-ZVK | <input type="checkbox"/> Shaldon (Dialysekath) |
| <input type="checkbox"/> Arteria radialis | <input type="checkbox"/> Arteria brachialis | <input type="checkbox"/> Arteria femoralis |
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> PEJ |
| <input type="checkbox"/> transurethraler DK | <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter | |

andere: _____

15. Besteht eine Kreislaufinstabilität ?

- nein ja, katecholaminpflichtig

16. Bitte tragen Sie folgende aktuelle Laborparameter ein:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pO ₂ _____ mmHG | <input type="checkbox"/> pCO ₂ _____ mmHg |
| <input type="checkbox"/> pH _____ | <input type="checkbox"/> BaseExcess _____ |
| <input type="checkbox"/> CRP _____ mg/dl | <input type="checkbox"/> Hb _____ g/l |
| <input type="checkbox"/> Kreatinin _____ mg/dl | |

17. Bestehen Decubiti oder andere Hautdefekte ?

- nein

- Decubitus

Lokalisation: _____ Grad: ____

Lokalisation: _____ Grad: ____

- andere Hautdefekte: _____

NOCH FRAGEN ?

BITTE RUFEN SIE UNS AN ! Tel.: 0511/927-4624