

Überleitungsbogen zur Beatmungsentwöhnung Station 3D Weaning

Kontaktdaten der verlegenden Klinik

Name der Klinik _____

Adresse _____

Station _____ Intensivstation Intermediate Care

Zuständige Ansprechpartner

Ärztlich: _____
Name Telefon Fax E-Mail

Pflegerisch: _____
Name Telefon Fax E-Mail

Stammdaten des Patienten

Name, Vorname: _____ geboren am _____

Versicherung: _____

Kontaktdaten Angehörige: _____

Kontaktdaten Hausarzt: _____

Von wo wurde Ihnen die Patientin/der Patient zugewiesen? zu Hause Pflegeheim andere Klinik

Behandlungsanamnese

Aufnahmedatum/-grund: _____

Bisherige Therapie (ggf. Kurzbrief als Anhang!)

Datum Intubation: _____ Ursache: _____

Datum Tracheotomie: _____ dilatativ plastisch

Invasive Beatmung seit: _____, aktuell Spontanatemphasen von _____ Stunden pro Tag

Extubationsversuch(e): _____, NIV im Weaning _____

Letzte BGA (art./kap.): Datum _____
FiO₂ _____ PEEP _____ PaO₂ _____ PaCO₂ _____ pH _____ BE _____ SaO₂ _____

Endotracheale Absaugung notwendig: nein ja, zuletzt _____ Mal pro Tag

Akute medizinische Probleme: (letzte Woche)

Operationen/Wunden: _____ Tag der letzten OP _____**Dekubitus:** nein ja, Lokalisation _____**Katecholamintherapie:** ja, Art/Dosis _____ nein, wann zuletzt _____**Sedierung:** ja, Art/Dosis/RASS aktuell _____ nein, wann zuletzt _____**Dialyse:** nein ja, wann zuletzt _____**BMI** aktuell _____ kg/m² | **Körpergröße** aktuell _____ cm | **Körpergewicht** aktuell _____ kg

- Ernährung:**
- orale Nahrungsaufnahme
 - Hinweise für/gesicherte Dysphagie (z. B. FEES)
 - PEG/PEJ seit _____
 - NGS – Regime zuletzt _____
 - parenterale Ernährung – Regime zuletzt _____

- Phonation:**
- zu Hause Sprechen mit Sprechventil an der Trachealkanüle
 - spricht nicht weil geblockte Kanüle erforderlich (durchgehende Beatmung, schwere Dysphagie)

Mobilisationsgrad: keine Bett Stuhl Zimmer Flur**TISS** vorletzter Tag: _____**SAPS** vorletzter Tag: _____**Trachealkanüle / Beatmung**

Typ der Trachealkanüle: _____ Größe (mm ID) _____

Vorbestehende Heimbeatmung: nein ja, nicht-invasiv/invasiv, seit wann _____

Multiresistente Erreger?

- MRSA, Lokalisation: _____
- ESBL, Lokalisation: _____
- 3/4MRGN, Lokalisation: _____
- VRE, Lokalisation: _____
- Carbapenemase-Bildner, Lokalisation: _____

Auch die Übernahme von isolationspflichtigen Patienten erfolgt selbstverständlich so rasch wie möglich, die Information diesbezüglich erleichtert jedoch die Bettenzuteilung! Vielen Dank!

Medikation

Transport

Verlegung voraussichtlich am _____. _____. 20_____ um _____ Uhr

- Intensivtransport bodengebunden
- Helikopter

Wir bitten wenn möglich um Verlegung des Patienten am Vormittag, bis spätestens 13 Uhr.

Datum

Stempel und Unterschrift Arztes

Anlagen:

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zusammen mit den Anlagen an

Telefax 0711 8101-7022 (Station 3D Weaning) oder
Telefax 0711 8101-7054 (Oberarzt Dr. med. Alessandro Ghiani)

Für Rückfragen erreichen Sie uns unter:

Telefon 0711 8101-7330 (Station 3D Weaning)
Telefon 0711 8101-7835 (Stationsleitung Pflege)
Telefon 0711 8101-7633 (Oberarzt Dr. med. Alessandro Ghiani)