

Ärztl. Direktorin: Prof. Dr. med. B. Jungwirth

# ARDS Anamnesebogen

Notfallkontakt unter Telefon: +49 731 500-60308 Fax: +49 731 500-60052

Patientenname: _____	Klinik: _____
Geburtsdatum: _____	Ansprechpartner: _____
Körpergewicht: _____	Rückrufnummer: _____
Körpergröße: _____	Kostenträger: _____

**Anamnese/Diagnosen:**

Intensivstation seit: \_\_\_\_\_ Intubation seit: \_\_\_\_\_

**Beatmung:** Gerät: \_\_\_\_\_

PCV/VCV/BIPAP: \_\_\_\_\_ Beatmungsdauer: \_\_\_\_\_ Lagerung: \_\_\_\_\_

PIP: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ I:E: \_\_\_\_\_ AF: \_\_\_\_\_ AMV: \_\_\_\_\_ Vt: \_\_\_\_\_

FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PaCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub>/SvO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

**Hämodynamik:** Rhythmus: \_\_\_\_\_

HF: \_\_\_\_\_ MAP: \_\_\_\_\_ PAP: \_\_\_\_\_ ZVD: \_\_\_\_\_ PCWP: \_\_\_\_\_ HZV: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_

**Katecholamine:**

<p><b>Mikrobiologie:</b></p> <p>Keimnachweis(e) _____ ORSA _____</p> <p>Antibiose(n) _____</p> <p><b>Befunde:</b></p> <p>Rö-Thorax/CT _____</p> <p>Thoraxdrainage(n) _____</p> <p>Pneumothorax _____</p> <p>Hautemphysem _____</p> <p>Neurologie _____</p> <p>TEE/Echo _____</p>	<p><b>Labor:</b></p> <p>GOT _____ Leukos _____</p> <p>GPT _____ CRP/PCT _____</p> <p>Bilirubin _____ TPZ _____</p> <p>PCHE _____ Thrombos _____</p> <p>Albumin _____ Hb _____</p> <p>Krea _____ Hkt _____</p> <p>Harnstoff _____ Laktat _____</p> <p>Quick/ INR _____ BZ _____</p> <p>PTT _____ AT III _____</p>
--	--

**Nierenfunktion:**

Diurese: \_\_\_\_\_ Nierenversagen seit: \_\_\_\_\_ Bilanz: \_\_\_\_\_

Diuretika: \_\_\_\_\_ CVVH seit: \_\_\_\_\_ Dialyse seit: \_\_\_\_\_

**Ernährung:**

parenteral       enteral       abgeführt am: \_\_\_\_\_

**Therapieoptimierung:**

PEEP       Dehydration       Lagerung

**Übernahme:**

Ja       Rücksprache       nein, wegen: \_\_\_\_\_

Rückruf um/durch: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_