

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: _____

FiO₂: _____ PaO₂: _____ PaCO₂: _____ pH: _____ BE: _____ SaO₂/SvO₂: _____

Hämodynamik: Rhythmus: _____

HF: _____ MAP: _____ PAP: _____ ZVD: _____ PCWP: _____ HZV: _____ Temp: _____

Katecholamine:

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

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: _____