# **COVID-19-Konsil** **zu faxen an Station M1c: (0731-500)-45665**

**Konsil gestellt von Krankenhaus/Station:**

**Arzt: Fax: Datum:**

Patientenkleber (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Kurzanamnese:

|  |  |
| --- | --- |
| Symptome seit: |  |
| Erster positiver SARS-CoV-2 Test | Datum: | Ort (Labor): | Viruslast: |
| Ggf. Aktueller SARS-CoV-2-Test | Datum: | Ort (Labor): | Viruslast: |
| Aufnahmedatum: |  |
| Risikofaktoren: | Faktor | Ja | Nein |
| Alter ≥ 60 |  |  |
| Arterielle Hypertonie |  |  |
| KHK |  |  |
| Chron. Lungenerkrankung |  |  |
| Diabetes mellitus |  |  |
| Immunsuppression (welche?) |  |  |
| Tumorerkrankung |  |  |
| Biometrie | Größe:  | Gewicht: |
| Weitere Co-Morbiditäten: |  |
| Medikation- incl. Antikoagulation(ggf. Liste beifügen) |  |
| Vitalparameter bei Aufnahme: | AF: SO2: RR: HF: Temp: GCS: |
| Aktuelle Vitalparameter: | AF: SO2: RR: HF: Temp: GCS: |
| Aktuelle Laborwerte | Krea/GFR: ALT: D-Dimere:CRP: PCT LDH: Trop: Bili: Leu:Thrombo**: + weitere bitte anhängen** |
| Aktuelle O2-Bedarf/Beatmung |  |
| Katecholaminpflichtigkeit? | * **Ja**
 | * **Nein**
 |
| Dialysepflichtigkeit? | * **Ja**
 | * **Nein**
 |
| ECMO? | * **Ja**
 | * **Nein**
 |
| Weitere virologische Befunde | Influenza-Abstrich: | * Nicht gemacht
 | * negativ
 | * positiv
 |
| Weitere relevante Befunde: |
| Weitere mikrobiologische Befunde | Erreger aus resp. Materialien: |
| Blutkulturen: |
| Aspergillus-Antigen, weitere relevante Befunde: |
| Radiologische Befunde |  |

**Bitte mit aktuellem Medikationsplan faxen an:**

**Infektiologie Station M1c: 0731 500 45665**

**Für andere Krankenhäuser: incl. Labor + R-Thx / CT-Befund faxen**