# **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**