

.....

Überleitungsbogen zur Beatmungsentwöhnung Weaningstation P2

.....

Kontaktdaten der verlegenden Klinik:

Name der Klinik _____

Adresse _____

Station _____ Intensivstation Intermediate Care

Zuständiger Arzt

Name _____ Telefon _____ Fax _____

Email _____

Zuständige Stationsschwester

Name _____ Telefon _____ Fax _____

Stammdaten des Patienten:

Name, Vorname _____ geboren am _____

Versicherung: _____

Kontaktdaten Angehörige: _____

Kontaktdaten Hausarzt: _____

Von wo wurde der/die Patient(in) Ihnen 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 _____ x pro Tag

Akute medizinische Probleme (letzten 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 / Körpergröße / Körpergewicht aktuell _____ kg/m² _____ cm _____ 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 TK

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 TK _____ Größe (mm ID) _____

Vorbestehende Heimbeatmung Nein Ja, nicht-invasiv/invasiv, seit wann _____

Multiresistente Erreger?

MRSA, Lokalisation _____ ESBL, Lokalisation _____

3/4MRGN _____ VRE, Lokalisation _____

Carbapenemase-Bildner _____

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, Unterschrift des Arztes

Anlagen:

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an das **Fax 07156/203-7022** (Station P2)
oder **-7054** (OA Dr. A. Ghiani)

Für telefonische Rückfragen erreichen Sie uns unter:

07156/203-7330 oder -7331 (Station P2) oder 07156/203-7633 (OA Dr. A. Ghiani)