

# ECMO - Anfragebogen

ECMO-Hotline (24/7): 0151 221 99 001

Fax: 069 9533 7209



Kardiogener Schock / V - A

ARDS / V - V

Patientenaufkleber

Größe:

\_\_\_\_\_ cm

Gewicht:

\_\_\_\_\_ kg

\_\_\_\_\_  
Anfragende Klinik

\_\_\_\_\_  
AnsprechpartnerIn

\_\_\_\_\_  
Station

\_\_\_\_\_  
Rückrufnummer 24/7

## Vorsorgevollmacht/Betreuung

nein

ja: (Wer/Tel) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Führende Problematik

\_\_\_\_\_  
Datum-Aufnahme Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Datum-Aufnahme ITS

\_\_\_\_\_  
Relevante (Vor)Erkrankungen

## Z.n. Reanimation

ja  nein

## Isolationspflichtige Erreger:

nein  SARS-CoV-2  MRGN  MRSA  VRE  \_\_\_\_\_

andere, bzw. Erreger spezifizieren

## Vollantikoagulation möglich

ja  nein

ZNS-Pathologie  nein  ja: \_\_\_\_\_

Chr. Lungenerkrankung  nein  ja: \_\_\_\_\_

## Einverständnis

Häm.-Onk. Grunderkrankung  nein  ja: \_\_\_\_\_

## Pat./Angehörigen

pAVK  nein  ja: \_\_\_\_\_

ja  nein

Immunkomprimiert  nein  ja: \_\_\_\_\_

## Beatmung

Intubiert am: \_\_\_\_\_

Beatmungszeit (NIV / ITN): \_\_\_\_ h / \_\_\_\_ h

Beatmungsmodus	FIO2	PEEP	Pinsp	VT (ml)
Bauchlage <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: ____			I: E	pO2
Neuromuskuläre Blockade <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			pH	pCO2
NO-Therapie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
CT-Thorax: _____				

## Hämodynamik

HZV: \_\_\_\_\_ L/Min CI: \_\_\_\_\_ L/min/m2

Noradrenalin  nein  ja, Dosis: \_\_\_\_\_ µg/kg/min  
 Adrenalin  nein  ja, Dosis: \_\_\_\_\_ µg/kg/min  
 Milrinon  nein  ja, Dosis: \_\_\_\_\_ µg/kg/min  
 Dobutamin  nein  ja, Dosis: \_\_\_\_\_ µg/kg/min  
 Vasopressin  nein  ja, Dosis: \_\_\_\_\_ IE/h

Koronarangiographie Datum: \_\_\_\_\_  
 Intervention: \_\_\_\_\_

Echokardiographie Datum: \_\_\_\_\_ EF: \_\_\_\_\_ %  
 Relevante Befunde: \_\_\_\_\_

Rhythmus	HF (/Min)	MAD (mmHG)	ZVD (mmHG)	PAPsys (mmHG)
----------	-----------	------------	------------	---------------

Laktat (mg/dl) \_\_\_\_\_ Pufferung  nein  ja, Bikarbonat  ja, TRIS \_\_\_\_\_

## Infektion

_____	_____	_____
CRP (mg/l)	PCT (ng/ml)	Leuk /nt

Erreger/wo? \_\_\_\_\_

Bisherige Antibiose \_\_\_\_\_

## Niere

### Aktuelles Nierenersatzverfahren

kein  SLED  Heparin  
 iHD  \_\_\_\_\_  Citrat  
 CVVH

Kreatinin (mg/dl)	Harnstoff (mg/dl)	GFR (ml/Min)	Diurese letzte 24h (ml)
Bilanz letzte 24h (L)	Kumulativ-Bilanz (L)		

## Leber/Gerinnung/Blutbild

Quick (%)	INR	Bilirubin (mg/dl)	GOT (U/l)	GPT (U/l)	Hb (g/dl)
-----------	-----	-------------------	-----------	-----------	-----------

Bisherige Transfusionsbedarf \_\_\_\_\_  
 Antikoagulation mittels \_\_\_\_\_  
 Verdacht/Manifeste HIT  nein  ja PLT /nl \_\_\_\_\_

## Zugänge

ZVK \_\_\_\_\_  
 PVK \_\_\_\_\_  
 Arterie \_\_\_\_\_  
 Shaldon \_\_\_\_\_  
 Sonstige \_\_\_\_\_

Gefäßprobleme  
 Thrombose  nein  ja  
 Z.n. OP  nein  ja  
 Phlebitis  nein  ja  
 Sonstige \_\_\_\_\_

**Bei Übernahme:** Zuweiser informiert die Angehörigen, keine neuen Zugänge re. jug. oder fem. bds., Rö-/CT-Bilder telemedizinisch oder auf CD

Anmerkungen