

□

## ITS - Weaning

### Ansprechpartner:

CA Dr. med. Ali Ekber Firat  
 OÄ I. Manea-Draghicescu  
 OA A. Rahmouni

Tel.: 0209 5902-7395, 0209 5902-7623

ITS-Weaning  
 Schernerweg 4  
 45894 Gelsenkirchen  
 Tel. 0209 - 59020  
 www.knappschaft-kliniken.de/Gelsenkirchen

**Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und  
 Schlafmedizin**  
**Chefarzt Dr. med. Ali Ekber Firat**

Sekretariat: 0209 5902-386  
 Telefax: 0209 5902-387  
 E-Mail:

innere-pneumologie@knappschaft-kliniken.de

## **Aufnahmebogen** bitte per Fax an 0209 5902-387

Ziel unserer Weaning-Einheit ist es, Patienten mit Weaning-Problemen effizient helfen zu können. Damit wir eine detaillierte Planung vornehmen können, bitten wir Sie um einige Daten und Beantwortung dieser Seiten.

### **Anmeldende Klinik / Anmeldender Arzt**

Name der Klinik/Fachrichtung \_\_\_\_\_  
 Name des Arztes: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### **Patient:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männl.  weibl.   
 Wohnort des Patienten: PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Beruf des Patienten: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Nächster Angehöriger: \_\_\_\_\_  
 Versorgung zu Hause: selbständig  durch Angehörige   
 durch Pflegedienst  nicht möglich

### Allgemeinzustand vor Akuterkrankung:

keine Einschränkung   
 geringe Einschränkung ohne Hilfebedürftigkeit   
 geringe Einschränkungen mit Hilfebedürftigkeit   
 Hilfe notwendig beim Ankleiden und Essen   
 komplett hilfebedürftig   
 sonstige Einschränkungen \_\_\_\_\_

**Medizinische Anamnese:**

Vorerkrankungen/Operationen: \_\_\_\_\_

**Akutanamnese:** Diagnose, die zur  
Beatmung führte \_\_\_\_\_  
Intubation am: \_\_\_\_\_  
Beatmungsbeginn: \_\_\_\_\_

Beatmungszugang:  
Tubus  Tracheostoma  (dilatativ  chirurgisch  ) seit: \_\_\_\_\_

Derzeitige Beatmungssituation: Beatmungsmodus: \_\_\_\_\_  
F<sub>i</sub>O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ AF: \_\_\_\_\_  
IPAP: \_\_\_\_\_ PEEP/EPAP: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Blutgasanalyse:**

paO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ paCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ ph: \_\_\_\_\_  
HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

**Aktueller Medizinischer Befund:**

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_  
Aktuelles Labor: Hb: \_\_\_\_\_ g/dl Na: \_\_\_\_\_ mmol/l K: \_\_\_\_\_ mmol/l  
Krea: \_\_\_\_\_ mg/dl Harnst: \_\_\_\_\_ mval/l GOT: \_\_\_\_\_ U/l  
GPT: \_\_\_\_\_ CRP: \_\_\_\_\_

**Mikrobiologisches Screening:**

Bronchialsekret: Datum: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_  
Abstriche: Nase: Datum: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_  
Abstriche: offene Wunden: Datum: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_  
Clostridien: Datum: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

**Bewusstseinszustand:**

wach und voll orientiert  kooperativ, orientiert, ruhig   
schläft, leicht erweckbar  Reaktion auf lautes Ansprechen   
komatöser Pat. ohne Reaktionen  Delir

Blutdruck: \_\_\_\_\_ mmHg Pulsfrequenz: \_\_\_\_\_ /min

Aktuelle arterielle Zugänge: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Aktuelle venöse Zugänge: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Katecholaminbedarf Ja  Nein  z.Zt. mit \_\_\_\_\_  
Darminkontinenz Ja  Nein  Blasenkatheter Ja  Nein   
Dialysepflichtigkeit Ja  Nein  HbsAG Ja  Nein   
HIV-positiv Ja  Nein  AK HCV Ja  Nein   
HIT-positiv Ja  Nein

Dekubitus: \_\_\_\_\_

**Weaning-Versuche:**

Anzahl der frustranen SBT: \_\_\_\_\_

Blutgasanalyse SBT1:

paO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ paCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ ph: \_\_\_\_\_

HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ FiO<sub>2</sub> / I O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Grund für Abbruch SBT: \_\_\_\_\_

Blutgasanalyse SBT2:

paO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ paCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ ph: \_\_\_\_\_

HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ FiO<sub>2</sub> / I O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Grund für Abbruch SBT: \_\_\_\_\_

Blutgasanalyse SBT3:

paO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ paCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ ph: \_\_\_\_\_

HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ FiO<sub>2</sub> / I O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Grund für Abbruch SBT: \_\_\_\_\_

Tage invasive Beatmung nach erstem SBT: \_\_\_\_\_

Blutgasanalyse SBT1:

paO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ paCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ ph: \_\_\_\_\_

HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ FiO<sub>2</sub> / I O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Grund für Abbruch SBT: \_\_\_\_\_

Anzahl der Reintubationen: \_\_\_\_\_

Angewandte Weaning-Methode: \_\_\_\_\_

Vermuteter Grund des Scheiterns: \_\_\_\_\_

Motivation des Patienten      sehr gut            gut        
weniger gut            gar nicht     

Stimmung des Patienten      euphorisch            adäquat        
weinerlich            depressiv     

Pflegebedürftigkeit      voll            teils            gering        
Mobilisation      null            Bettkante            Stand/Gehen     

Wir bitten bei Verlegung des Patienten folgende Unterlagen mitzugeben:

- Kopie älterer Arztbriefe
- Aktueller Verlegungsbericht
- Röntgenbilder

\_\_\_\_\_  
Unterschrift