

CHECKLISTE ECMO ANFRAGE COVID-19

Datum, Uhrzeit der Anfrage: _____ Entgegennahme durch: _____

AnruferIn:

Name **Krankenhaus/Station** **Telefon** **Fax**

PatientIn:

Vorname **Nachname** **Geburtsdatum**

----- Vor- und Grunderkrankungen

ECLS-Indikation? ARDS Kardiogener Schock andere/unklar

Patient			
Alter	_____ Jahre	Größe	_____ cm
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Gewicht	_____ kg
ICU-Aufnahme	_____ Datum	Intubation	_____ Datum
Therapiebegrenzung/ Gesetzl Vertreter/ Patientenverfügung	_____ Statusbeschreibung		
Beatmung			
Modus	_____	PaO ₂	_____ mmHg
FiO ₂	_____	PaCO ₂	_____ mmHg
P _{plat/insp}	_____ mbar	PaO ₂ /FiO ₂	_____
PEEP	_____ mbar	SaO ₂	_____ %
V _T	_____ ml	pH	_____
AF	_____ /min		
Bauchlage	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Rekrutierung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Relaxierung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	NO	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Hämodynamik		Labor	
RR	mmHg	PLT	G/l
Rhythmus? / HF	/min	aPTT	Sek.
HZV	l/min	PTZ	%
Noradrenalin	µg/kg/min	FBG	mg/dl
Dobutamin	µg/kg/min	Hb	g/l
Vasopressin	IU/h	Laktat	mmol/l
Andere Vasoaktiva			
Echo	LVF: RVF:	Sonstiges:	AI?
Gefäßstatus	Liegende Zugänge:	Thrombosen:	
C/P		Kurzbefund	
CT		Kurzbefund	
Risikofaktoren			
Alter > 65 Jahre	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Beatmung > 7 Tage	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Persist. neurolog. Defizit	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Hämatol. Systemerkrankung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Terminale Systemerkrankung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Aktive Immunsuppression	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Aktive Hirnblutung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Herzinsuff. NYHA IV	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Lungenfibrose ohne LTX Option	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Metastasiertes Malignom	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	COPD IV	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
St.p. alloPBSCT < 1 Jahr	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Fortgeschrittene Demenz, Frailty	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Weitere Organversagen:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	CPR seit Aufnahme?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Welche Organversagen?			