

Bitte per E-Mail senden an **ECMO@krh.de**
 oder faxen an **0511-927974140**
 anrufen unter **0511-9274129**



ARDS Anamnesebogen

Patientenname (Initialen): _____ Alter: _____ Klinik: _____
 Geschlecht: männlich weiblich Ansprechpartner: _____
 Körpergewicht (kg): _____ Telefonnummer: _____
 Körpergröße (cm): _____ Kostenträger: _____

Anamnese:

Intensivstation seit: _____ Intubation seit: _____

Vorerkrankungen (Malignome, Immunsuppression, Trauma, OPs): **Z. n. Reanimation:**

Befunde:
 Rö-Thorax/CT: _____
 Echo/Sono TX/Pleura: _____
 Neurologie/Pupillen: _____
 Mikrobio: 3/4 MRGN VRE MRSA Antiinfektive Therapie:

Hämodynamik: HF: _____ MAP: _____
Katecholamine Dosierung mg/h:

Beatmung	Modus _____	FiO ₂ _____	Pinsp / _____ (mbar / mbar)	AF / _____ (min ⁻¹ / l/min)	I:E _____
BGA	pH _____	PaO ₂ _____	PaCO ₂ _____	BE (mmol/l) _____	Laktat <input type="checkbox"/> mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl
Labor	Quick/INR (%) _____	aPTT (s) _____	Hb (g/dl) _____	Thrombozyten (/ μ) _____	
Infektparameter	CRP (mg/dl) _____	PCT (ng/ml) _____	Leukozyten (/ μ) _____	Temperatur (°C) _____	
Niere	Diurese (ml/h) _____	Bilanz (ml) _____	Kreatinin (mg/dl) _____	Dialyse seit _____	

Bitte um RÜCKRUF / Übernahme / Beratung _____

