

Anmeldung Weaning

<input type="checkbox"/> Neurologisch	<input type="checkbox"/> Internistisch	<input type="checkbox"/> Pneumologisch
<input type="checkbox"/> Chirurgisch	<input type="checkbox"/> Kardiologisch	<input type="checkbox"/> _____

Bitte ausgefüllten Bogen per Fax an 0271/705-442084 oder per Mail an: weaning@klinikum-siegen.de

Daten der anmeldenden Klinik:

Einweisende Klinik: _____

Behandelnder Arzt: _____ Tel: _____

Sozialdienst: _____ Tel: _____

Pflege: _____ Tel: _____

Faxnummer: _____

Anschrift: Straße: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Aufnahme möglich ab (KW/Tage): _____

Patientendaten:

Geschlecht: Weiblich Männlich

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: Straße: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Kostenträger: _____ KV.Nr.: _____

Deutschsprachkenntnisse: Nein Ja

Pflegegrad: Nein Ja welcher PG: _____

Vorsorgevollmacht: Nein Ja Bevollmächtigter: _____

Patientenverfügung: Nein Ja

Betreuung eingerichtet: Nein Ja gesetzliche Betreuung: _____

Nächster Angehöriger: _____ Tel: _____

Hausarzt: _____

Chefarztbehandlung: Nein Ja

Allgemeinzustand vor Akuterkrankung:

- keine Einschränkung
- geringe Einschränkung ohne Hilfsbedürftigkeit
- geringe Einschränkung mit Hilfsbedürftigkeit
- Hilfe notwendig beim Ankleiden und Essen
- komplett hilfsbedürftig

Hauptdiagnosen:

Nebendiagnosen:

- COPD Adipositas KHK Niereninsuffizienz Diabetes mellitus
- CIP ALI/ARDS Delir Alkoholabusus Pneumonie
- Kypho-/Skoliose Sepsis onkol. Erkrankung
- sonstige: _____

Beatmung:

Intubationsdatum: _____ Intubationsschwierigkeiten: Ja Nein

Beatmungszugang: Tubus Tracheostoma (dilativ) (chirurgisch) seit: _____

Größe Tubus/Trachealkanüle: _____ wie oft wird am Tag abgesaugt: _____

Beatmungsmodus: _____ Beatmungsmodus: _____

FiO₂: _____ AF: _____ PEEP/EPAP: _____ IPAP: _____ ASB: _____

Aktuelle Blutgasanalyse:

Spontanatmung unter Beatmung unter NIV

paO₂: _____ paCO₂ _____ pH: _____

HCO₃: _____ SaO₂: _____ bei: _____ O₂/min.

Weaning-Versuche:

Anzahl der Re-Intubationen: _____ Spontanatemversuche/SBT: _____

Vermuteter Grund des Scheiterns: _____

Aktueller Medizinischer Befund:

HerzKreislauf-Funktion: stabil Reanimation: Nein Ja
 Katecholaminbedarf: Nein Ja z. Zt. mit: _____
 Sedierung/Analgetika: Nein Ja z. Zt. mit: _____
 Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
 Blutdruck: _____ mm/Hg Pulsfrequenz: _____ schl./min
 Temp: _____
 Aktuelles Labor: Hb: _____ g/dl Na: _____ mmo/l K: _____ mmo/l
 Krea: _____ mg/dl Harnst: _____ mg/dl GOT: _____ U/l
 GPT: _____ U/l CRP: _____ mg/dl Blutgr.: _____
 Dialysepflichtigkeit: Nein Ja kontinuierlich intermittierend
 Dialyseprotokoll: Nein Ja Zugang über: _____
 Dialysetage: Mo Di Mi Do
 Fr Sa So

Zugänge / liegen seit:

ZVK _____ art. Zugang _____ PVK _____ DK _____ SPDK _____
 Pleuradrainage _____ Wunddrainage _____ andere: _____
 Ernährung über: oral _____ NGS _____ PEG _____
 Aspirationsgefahr _____

Sondenkost: _____

Aktuelle Situation / Vigilanz n. Rass.:

- +4** Agression **+3** schwere Unruhe **+2** Unruhe **+1** ängstlich
 0 wach und ruhig, kooperativ
 -1 schläfrig **-2** leicht sediert **-3** mäßig sediert **-4** tief sediert
 -5 Koma, nicht erweckbar
 analgosediert orientiert desorientiert Reaktion auf lautes Ansprechen

Neurologische Auffälligkeiten: _____

- Neuro-Status: Hemiparese Neglect Dysphagie Aphasie
 Motivation des Patienten: sehr gut gut weniger gut nicht beurteilbar
 Stimmung des Patienten: euphorisch adäquat aggressiv
 weinerlich depressiv ängstlich
 Pflegebedürftigkeit: voll teils gering
 Mobilisation: bettlägerig Bettkante Mobi-Stuhl
 Stand Gefähig mit Unterstützung

Hautstatus/Dekubitus: _____

Dekubitus/Wechseldruckmatratze: Nein Ja

Spezielle Hilfsmittel: _____

Spezielle Verbände: _____ Wundversorgung: _____

Darminkontinenz: Nein Ja

Mikrobiologische Diagnostik:

Bronchialsekret diagnostik: Datum: _____ Befund: _____

Abstrich Nase: Datum: _____ Befund: _____

Abstrich offene Wunde: Datum: _____ Befund: _____

Clostridien: Datum: _____ Befund: _____

MRSA: Datum: _____ Befund: _____

3-MRGN: Datum: _____ Befund: _____

4-MRGN: Datum: _____ Befund: _____

COVID-19: Datum: _____ Befund: _____

VRE: Datum: _____ Befund: _____

Andere Problemkeime: Datum: _____ Befund: _____

Blutkulturen: Datum: _____ Befund: _____

HIV-positiv Nein Ja AK HCV Nein Ja

HIT-positiv Nein Ja HbsAG Nein Ja

Isolierungspflichtig: Nein Ja seit: _____

Antibiotische Vorbehandlung:

mit: _____ seit: _____

Geplante Rehaziele:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Lebensqualität | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> Optimierung der Krankheitsbewältigung | <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verringern |
| <input type="checkbox"/> Bessere Selbstversorgung/Mobilität | <input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Belastungsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gehfähigkeit | <input type="checkbox"/> Schmerzreduktion |
| <input type="checkbox"/> Entwöhnung/Entfernung Trachealkanüle | <input type="checkbox"/> Entwöhnung von der Beatmungsmaschine |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung/Vermeidung einer Beeinträchtigung der selbstständigen Lebensführung | |

Bitte aktuelle Medikation/Behandlungsplan, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung sowie mikrobiologische Befunde, wenn möglich, als Anlage/Fax beifügen.

Datum: _____

Unterschrift: _____