

□

## ITS - Weaning

### Ansprechpartner:

CA Dr. med. Ali Ekber Firat  
OA Dr. med. Mehmet Araz

ITS-Weaning  
Schermerweg 4  
45894 Gelsenkirchen  
Tel. 0209 - 59020  
www.bergmannsheil-buer.de

**Klinik für Innere Medizin und Pneumologie  
Schlafmedizin**  
Chefarzt Dr. med. A.-E. Firat  
Tel: 0209 / 5902 – 386 • Fax: 0209 / 5902 –  
387  
E-mail: [ali-ekber.firat@bergmannsheil-buer.de](mailto:ali-ekber.firat@bergmannsheil-buer.de)  
[www.bergmannsheil-buer.de](http://www.bergmannsheil-buer.de)

**Schlaflabor:**  
Tel.: 0209 / 5902 - 7380 Fax: 0209 5902 -  
388

Mitglied im  **Tumorzentrum**  
Lungenkrebs

## **Aufnahmebogen** bitte per Fax an 0209 5902-550

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

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

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

Motivation des Patienten	sehr gut	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>		
	weniger gut	<input type="checkbox"/>	gar nicht	<input type="checkbox"/>		
Stimmung des Patienten	euphorisch	<input type="checkbox"/>	adäquat	<input type="checkbox"/>		
	weinerlich	<input type="checkbox"/>	depressiv	<input type="checkbox"/>		
Pflegebedürftigkeit	voll	<input type="checkbox"/>	teils	<input type="checkbox"/>	gering	<input type="checkbox"/>
Mobilisation	null	<input type="checkbox"/>	Bettkante	<input type="checkbox"/>	Stand/Gehen	<input type="checkbox"/>

Wir bitten bei Verlegung des Patienten folgende Unterlagen mitzugeben:

- Kopie älterer Arztbriefe
- Aktueller Verlegungsbericht
- Röntgenbilder