

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

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

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

innere-pneumologie@bergmannsheil-buer.de  
hatem.ali@bergmannsheil-buer.de

□

## ITS - Weaning

### Ansprechpartner:

CA Dr. med. Ali Ekber Firat  
OÄ I. Manea-Draghicescu  
Ltd. OA H. Ali  
Stationsleitung

Tel.: 0209 5902-7378

## **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>: \_\_\_\_\_ F<sub>i</sub>O<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>: \_\_\_\_\_ F<sub>i</sub>O<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>: \_\_\_\_\_ F<sub>i</sub>O<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>: \_\_\_\_\_ F<sub>i</sub>O<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