

Anamnesebogen

für Patienten*innen mit akutem Lungen-/Herzversagen zur ECMO-Therapie



Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Intensivstation 18b Tel.: 06151-107 94 6229 Fax: 06151-107 4939

Patientenname	
Geburtsdatum	
Körpergewicht	
Körpergröße	

Klinik	
Ansprechpartner	
Rückrufnummer	
Kostenträger	

Anamnese / Diagnosen:

ZNS-Pathologie:	Chron. Lungenerkrankung:	Immunsuppression:
-----------------	--------------------------	-------------------

Kontraindikation für Antikoagulation?

Katheterorte:

ZVK/Shaldon:	Art.:
Aufnahmedatum Intensivstation:	

Beatmung:

Beatmungsdauer:			Intubation seit:		
Lagerung:					
PIP:	PEEP:	I:E:	AF:	AMV:	V _t :
FiO ₂ :	PaO ₂ :	PaCO ₂ :	pH:	aBE:	SaO ₂ /SvO ₂ :
Horowitz:					

Hämodynamik:

Herzfrequenz:	Rhythmus:	MAP:	ZVD:
Katecholamine/Vasopressoren:			

Infektsituation:

Temperatur:			Laborbefunde:		
Leukos:			GOT:	GPT:	Bilirubin:
CRP:	PCT:		Albumin:	Hb:	Lactat:
Keimnachweise:			Kreatinin:	Harnstoff:	
MRE:	MRSA:	MRGN:	Quick/INR:	aPTT:	Thrombos:
Antiiinfektiva:					

Nierenfunktion:

Diurese:	Bilanz:	
Akute Nierenschädigung seit:		
Diuretika:	Nierenersatz seit:	CVVH(D)F:

GI-Funktion:

Ernährung:	Enteral:	Parenteral:
------------	----------	-------------

Erreichbarkeit:

Telefon:	E-Mail:	Fax:
----------	---------	------

Datum Name Unterschrift