

Kinderintensivtransport Tübingen – Transportanmeldung

Bitte ausgefüllt faxen an 07071/ 29-5804, Info-Tel: 07071/29-87173

Datum: ____ . ____ . ____ Uhrzeit: ____ : ____

Anfragendes KH: _____

Station: _____ Arzt/ÄRZTIN: _____ Tel. für Rückfragen: _____

Gebäude (genaue Schilderung, oder Abholung des Teams an Notaufnahme / Landeplatz): _____

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg

Diagnosen:

1. _____
2. _____
3. _____

Anamnese / Verlauf

(nur relevante Informationen, z.B. initialer Aufnahmegrund, Dauer des bisherigen stat. Aufenthaltes, Komplikationen)

Aktueller Status:

Verlegungsgrund: _____

Atemwege / Beatmung:

spontan CPAP NIV beatmet Nasaler Tubus Oraler Tubus, Larynxmaske etc.

Beatmung: PIP: _____ mmHg PEEP: _____ mmHg

Falls HFOV: CDP/MAP: _____ mmHg, Amplitude: _____ mmHg, Frequenz: _____ Hz

Sauerstoffbedarf: _____ l/min oder %O₂: _____ mit NO

Aktuelle BGA: Kapillär, venös, arteriell: pH: _____, pO₂: _____, pCO₂: _____

Hämodynamik:

aktuelle Herzfrequenz: _____ /min, akt. Blutdruck: _____ / _____ mmHg (invasiv, NIBP), Rekap.Zeit: _____ sec

Katecholamine::

1. _____ : Laufrate[μ g/kg/min]; _____
2. _____ : Laufrate[μ g/kg/min]; _____

Neurologie:

Wach / orientiert Reaktion auf..... Ansprache, Schmerz, keine Analgosedierung

Katheter: Arterielle Kanüle ZVK Silastik Thoraxdrainage

Blutgerinnung: normal pathologisch, wenn ja: Hb: _____ Quick: _____ pTT: _____ Thr.: _____

Infektiologie: Isoliert?: NEIN JA, wegen: RSV Noro Rota MRSA VRE ESBL

Besonderheiten: _____

Vielen Dank!