

Kinderintensivtransport Station 67 – Transportanmeldung

Bitte faxen an 0511/ 532-8390. **Bitte immer Rückruf unter Tel: 0511/ 532-9041 oder -6294**

Datum: ____ . ____ . ____ Uhrzeit: ____ : ____ Notfallverlegung: ja nein

Klinik: _____ Station: _____

Ansprechpartner: _____ Tel. für Rückfragen: _____

Patienteninformationen (bitte -soweit möglich- vollständig ausfüllen):

Name: _____ Geb.-Datum: _____ Gewicht: _____ kg

Wohnort: _____ Krankenkasse: _____

Diagnosen: _____

Verlegungsgrund: _____

Anamnese/Verlauf (nur relevante Angaben): _____

Aktueller klinischer Status:

Atmung: spontan: Sauerstoffbedarf: _____ l/min Atemfrequenz: _____ /min O₂-Sätt: _____ %

beatmet: Form: CPAP SIMV BIPAP IPPV HFOV andere: _____

Parameter: PIP: _____ PEEP: _____ Freq.: _____ FiO₂: _____ % O₂-Sätt: _____ %

HFOV: MAP: _____ Amplitude: _____ Frequenz: _____

Kreislauf: Rekap. Zeit: _____ sec Herzfreq.: _____ /min RR: _____ / _____ mmHg (invasiv NIBP)

Laktat: _____ ZVS: _____ % Diurese (ml/kg/h): _____

Katecholamine (Dosis [µg/kg/min]): _____

BGA: Kap. venös arteriell: pH: _____ pO₂: _____ pCO₂: _____ BE: _____ BZ: _____ K⁺ _____

Neurologie: Wach/orientiert Reaktion auf: Ansprache Schmerz keine Analgosedierung

Zugänge: Arterie ZVK (Lumen): _____ Silastik PVK (Anzahl): _____ Thoraxdrainage

Labor: Leuko.: _____ Hb: _____ Thr.: _____ Quick: _____ CRP: _____ GOT: _____ Krea: _____

Infektiologie: Temp.: _____ °C Isoliert?: nein ja (Keim): _____

Weitere relevante Besonderheiten (z.B. Medikation): _____

