

Anfrageformular ECMO/LVAD

24/7 ECMO-Hotline 0711-278-54714 Fax 0711-278-22513

Name, Vorname _____

Anfragendes Krankenhaus/Klinik _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ Kostenträger _____

Ansprechpartner _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg Geschlecht _____ m/w

Erreichbarkeit/Rückruf 24/7 _____

Aktuell führende Diagnose und relevante Vorerkrankungen

Isolationspflichtige Erreger: SARS-CoV-2 VRE MRSA 3/4MRGN: _____

bei MRGN Keim bitte spezifizieren

Beatmung

seit: _____		
NIV: _____ h	Anzahl Bauchlagen: _____	
invasiv: _____ h		
FiO ₂ _____ %	paO ₂ _____ mmHg	
pH _____	paCO ₂ _____ mmHg	
PEEP _____ cmH ₂ O	P _{insp} _____	V _t _____ ml
Modus _____		

Hämodynamik

HZV _____ L/min <input type="checkbox"/> Thermodilution <input type="checkbox"/> echokardiograph.
EF visuell <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> mittelgr. <input type="checkbox"/> hochgr. _____ %
MAD _____ mmHg Herzfrequenz _____ 1/min
Norepinephrin _____ µg/kg/min Vasopressin _____ IE/h
andere _____
<input type="checkbox"/> kardiogener Schock SCAI-Klassifikation: _____

Bei LVAD-Anfrage

Bisherige Verfahren/Devices <input type="checkbox"/> V-A ECMO <input type="checkbox"/> Impella Nähere Spezifikation: _____	
CRP _____ mg/dl	PCT _____ ng/ml
Antiinfektiva (d) _____	

Niere/Metabolik

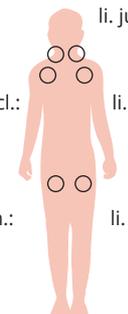
Nierenersatzverfahren <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> iHD <input type="checkbox"/> CVVH/SLEDD seit: _____	
Kreatinin _____ mg/dl	Harnstoff _____ mg/dl
Diurese letzte 24h _____ ml	Lactat _____ mmol/l
Volumenbilanz 24h _____ L/24h	BE _____ mmol/l

Leber/Gerinnung/Blutbild

Q/INR _____ %/	Antikoagulation _____
GOT _____ U/l	Bilirubin _____ mg/dl
LDH _____ U/l	CK _____ U/l
Hb _____ g/dl	Tc _____ 10 ³ /µl
Anderes, pro-BNP: _____	

Zugänge

re. jug.:	li. jug.:
re. subcl.:	li. subcl.:
re. fem.:	li. fem.:



Bis Übernahme: Neue zentrale Zugänge nur nach Rücksprache. Rö-/CT-Bilder telemedizinisch oder auf CD/DVD.

	Interne Vermerke: GET/Shared Decision zur Übernahme
---	---