

Anfrageformular ECLS/ECMO Klinikum Stuttgart

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	P _{insp}	V _t
cmH ₂ O		ml
Modus		

Hämodynamik

HZV Thermodilution echokardiograph.

L/min

EF visuell

normal mittelgr. hochgr.

MAD	Herzfrequenz
mmHg	1/min
Norepinephrin	Vasopressin
µg/kg/min	IE/h
andere	
<input type="checkbox"/> kardiogener Schock	
SCAI-Klassifikation: _____	

Infektion

CRP	PCT
mg/dl	ng/ml
Antiinfektiva (d)	

Niere/Metabolik

Nierenersatzverfahren

kein seit: _____

iHD

CVVH/SLEDD

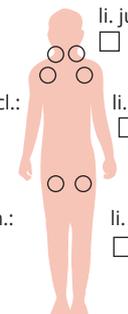
Kreatinin	Harnstoff
mg/dl	mg/dl
Diurese letzte 24h	Lactat
ml	mmol/l
Volumenbilanz 24h	BE
L/24h	mmol/l

Leber/Gerinnung/Blutbild

Q/INR	Antikoagulation
%/	
GOT	Bilirubin
U/l	mg/dl
LDH	CK
U/l	U/l
Hb	Tc
g/dl	10 ⁹ /µl
Anderes:	

Zugänge

re. jug.:	li. jug.:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
re. subcl.:	li. subcl.:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
re. fem.:	li. fem.:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

Interne Vermerke: GET/Shared Decision zur Übernahme

