

Evaluation ECMO (externe Patienten)

Checkliste



Medizinische Klinik B / Med. Intensivstation

Patientendaten			Externe Klinik		
Name			Anfrage zur Übernahme	Datum	Uhrzeit
Geburtsdatum		>70 J <input type="checkbox"/>			
Hauptdiagnose			Krankenhaus (Name, Adresse)		
Aufnahmedatum			Station		
Größe + Gewicht	cm	kg	Rückrufnummer		

Respiratorische Situation			Hämodynamik		
Beatmungsbeginn	>7 Tage <input type="checkbox"/>		LV-Funktion		
FiO2 %			MAD mmHg		
AZV ml			ZVK	<input type="checkbox"/>	Ort:
AF /min			Shaldon	<input type="checkbox"/>	Ort:
AMV l/min			Arterielle Kanüle	<input type="checkbox"/>	Ort:
PEEP mbar			Noradrenalin	<input type="checkbox"/>	Lauftrate:
Δp mbar			Adrenalin	<input type="checkbox"/>	Lauftrate:
Bauchlage	<input type="checkbox"/>	seit:	Vollantikoagulation	<input type="checkbox"/>	Substanz:
CT-Thorax	<input type="checkbox"/>	Datum:	CVVH	<input type="checkbox"/>	seit:

Labor							
GFR ml/min		CRP mg/l		Bilirubin mg/dl		Leukos /nl	INR
D-Dimer μ g/l		PCT ng/ml		HB g/dl		Thrombos /nl	aPTT sek
Blutgasanalyse							
pH		pO2/FiO2		pO2 mmHg		pCO2 mmHg	Lac mmol/l

Mikrobiologie					
Positive Blutkultur	<input type="checkbox"/>	Multiresistenter Erreger	<input type="checkbox"/>	Antibiotische Therapie	<input type="checkbox"/>
nähere Angaben wenn JA					

Kontraindikationen					
Fortgeschrittenes Malignom	<input type="checkbox"/>	Schwere Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	Terminale Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	Chron. Niereninsuffizienz >II°	<input type="checkbox"/>	BMI >40 kg/m2	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	Frailty	<input type="checkbox"/>	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>
Septischer Schock	<input type="checkbox"/>	KI für Heparin (z.B. HIT)	<input type="checkbox"/>	KI für Blutprodukte	<input type="checkbox"/>
nähere Angaben wenn JA					

Fazit (von KliLu auszufüllen)					
ECMO indiziert	<input type="checkbox"/>	ECMO <u>nicht</u> indiziert	<input type="checkbox"/>	Reevaluation geplant	<input type="checkbox"/>
Bemerkung zur Entscheidung					

Oberarzt 1 (ECMO-TEAM)

Oberarzt 2 (ECMO-TEAM)