

Patientenerfassungsbogen ARDS/MODS

Ansprechpartner:
Klinik / Abteilung:
Telefonnummern:

Pat. - Name:	Geboren:	Gewicht:	m <input type="checkbox"/>
	Alter:	Grösse:	w <input type="checkbox"/>

Diagnosen: ARDS <input type="checkbox"/> Sepsis / SIRS <input type="checkbox"/> MODS <input type="checkbox"/> Behandlungstag:					
Anamnese:			Komplikationen:		
Diagnostik:					
Labor:	Crea Harnstoff Bilirubin	GPT GOT Troponin	G-eiweiss Leukos Thrombos	Hb HKT Quick	PTT Sonstige:

Neurologie:	CPR: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ___Min
Analgesiedierung:	Primär GCS (3-15):
Sonstiges:	Ramsay (0-6):

Atmung: Beatmet <input type="checkbox"/> seit: _____ Tagen ET <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> Grösse: _____ Spontan <input type="checkbox"/> NIV: <input type="checkbox"/>					
<u>Beatmung:</u>	Modus:	Pmax:	PEEP:	FiO2:	AF:
Gerät:	Zeiten:	Vt:	AMV:	etCO2:	
Bülaudrain:	Lagerung: Rücken <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Sonstiges:				
BGA:	SaO2:	Hb:	pH:	pO2:	pCO2:
	BE/Bicarbonat:		Lactat:	SvO2:	BZ:

