

Anforderung ECMO-Therapie

Direkte Durchwahl:

0228/287 – 33112 oder 16574

0228/ 287 – 16291 (FAX)

Ihre Klinik (Stempel)

Datum	
Uhrzeit	
Zuständige Ärztin/Arzt	
Rückrufnummer (bitte gut leserlich)	

Patientendaten:

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsgewicht: _____

Aktuelles Gewicht: _____ [kg]

Patientenetikett

Name Mutter: _____

Vater: _____

Anschrift:

Telefon Eltern: _____

Diagnose und bisheriger Verlauf (inkl. Intubationszeitpunkt und ggf. Operationen):

Aktuelle Angaben:

Uhrzeit	pH	BE	PaCO ₂	PaO ₂	S _{Zv} O ₂	Laktat	Hb	Thromboz.	Troponin

Mittlerer arterieller Blutdruck: _____ mm Hg

S_pO₂ Präduktal: _____ S_pO₂ Postduktal: _____

Beatmung:

CMV: PiP: _____ PEEP: _____ Frequenz: _____ Ti: _____ FiO₂: _____

HFO: MAP: _____ Frequenz: _____ Amplitude: _____ FiO₂: _____

NO: _____ ppm

Katecholamine:

Dobutamin: _____ µg/kg/min

Dopamin: _____ µg/kg/min

Arterenol: _____ µg/kg/min

Suprarenin: _____ µg/kg/min

Vasopressin: _____ mIE/kg/min

Hydrocortison

Sildenafil

Sedierung/Relaxierung: _____

Sonstige Therapie: _____

Zugänge:

ZVK: Lokalisation: _____ Anzahl Lumen: _____

Arterie Lokalisation: _____

Drainage Lokalisation: _____

Wird von Universitätsklinikum Bonn intern ausgefüllt:

ECMO MiniLung petite, Fluss 0.1-0.8 l/min, (32000003) aufgerüstet

ECMO MiniLung kit ¼", Fluss 0.35-2.4 l/min, (32000001) aufgerüstet

ECMO XLung kit 230, Fluss 1.0-7.0l/min, (32000014) aufgerüstet

zuständige Ärztin/Arzt für Transport: _____ Unterschrift: _____