



ECMO-Anfrage

INTENSIVSTATION 30-4
THEODOR-KUTZER-UFER, 68167 MANNHEIM
TEL.: 0621/383-2659 & -2320; FAX: -2023

Verlegende Klinik/Station:

Datum/Uhrzeit:

Ansprechpartner:

Durchwahl/Fax:

Patienten-Stammdaten

Name:

Geburtstag:

Gestationsalter:

Geburtsgewicht:

Intubationszeitpunkt:

Blutgruppe:

Familien-Stammdaten

Name der Mutter:

geb.:

Adresse:

Name des Vaters:

geb.:

Tel.:

versichert über:

Krankenkasse:

Diagnose:

Bisherige Therapie/Indikation zur Verlegung:

Aktuell:	Gewicht:	kg	Mittlerer arterieller Druck:	mmHg
	Laktat:	mmol/l	Troponin:	ng/ml
	paO ₂ :	mmHg	paCO ₂ :	mmHg
			BE:	pH:

Beatmung:

NO	ppm				
Konventionell:	Pmax:	PEEP:	I:E:	FiO ₂ :	MAP:
Oszillation:	MAP:	Frequenz:		Gerät:	

Katecholamine:

Dopamin	µg/kg/min
Dobutrex	µg/kg/min
Arterenol	µg/kg/min
Suprenenol	µg/kg/min

Sedierung/Relaxierung:

Dormicum	mg/kg/h
Fentanyl	µg/kg/h
Norcuron	mg/kg/h

Zugänge:

ZVK	mehrlumig:
Arterielle Kanüle	
Pleuradrainage	re. li.

Surfactant-Gaben:

Sonstige Medikation:

Bitte zurückfaxen, voraussichtliche Ankunftszeit mitteilen und vor Abflug/-fahrt bestätigen. Danke!