



ECMO-Zentrum
Frankfurt Höchst

Hotline: 0175 2043061

Fax: 069 3106-3129

| | |
|-------------------------|------|
| Patientenname: | |
| Geburtsdatum: | BMI: |
| Intubation am: | |
| Intensiv-Therapie seit: | |

| |
|------------------|
| Klinik: |
| Rückrufnummer: |
| Ansprechpartner: |

| | |
|---|---|
| ECMO-indizierende Diagnose: | Relevante Nebendiagnosen: |
| <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> |

| | |
|---|--|
| Isolationspflichtige Keime: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Transportstabil: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
|---|--|

| | |
|--|-----------|
| Beatmungsmodus: | Lagerung: |
| P _{peak} : PEEP: Compliance: VTe: AF: FiO ₂ : | |
| pH: paO ₂ : paCO ₂ : BE: Horowitz-Index: | |

| | | |
|----------------|-----|---------------|
| MAP: | HF: | Herzrhythmus: |
| Vasopressoren: | | Inotropika: |

| | | |
|------|------------|---------------------------|
| GFR: | CRRT seit: | Aktuelle Diurese in ml/h: |
|------|------------|---------------------------|

| | | |
|-----|---------------------|---|
| AZ: | Kognitive Funktion: | Kontraindikation Heparin: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
|-----|---------------------|---|

Name:

Datum:

Unterschrift:

**Bitte faxen Sie schriftlich vorliegende Befunde (z.B. letzte BGA, Laborbefunde, relevante Keimbefunde, Blutgruppe).
Im Falle einer Übernahme bitte CD der durchgeführten Bildgebung übermitteln (CT, Ultraschall).**