

ECMO-Hotline: 0209 5902-7550
FAX: 0209 5902-550

Anforderung ECMO/ECLS

Department Intensivmedizin
Schernerweg 4 • 45894 Gelsenkirchen

department.intensivmedizin@bergmannsheil-buer.de

www.bergmannsheil-buer.de

Klinik-Daten	Anfordernde Klinik	Adresse
Ansprechpartner		
Telefon-Nr.		

Patientendaten	Name ggf. Aufkleber		Vorname	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Adresse		Kostenträger	
	Geb.-Datum		Größe cm	Gewicht kg

Diagnosen	
Anamnese/ Vorerkrankungen	Malignom / Immunsupp / OP

Beatmung/BGA	Intubation am:	Beatm.Modus
FiO2	PEEP mbar	Tidalvolumen ml
AF /min	Pmax mbar	pCO2 mmHg
pH	Lactat mmol/l	pO2 mmHg

Neurologie	CCT:	Pupillen:
	Aufwachversuch:	

Infektiologie	COVID-Test:	Keimnachweise:
VRE / LRE / MRSA / 3/4MRGN / Mykosen / Viren		
Antibiotika:		

Hämodynamik	Herzfrequenz bpm	MAP mmHg	ScvO2 %
-------------	---------------------	-------------	------------

Katecholamine (Art / Dosis):

Bitte fügen Sie die aktuellen Laborparameter (kl. BB, Gerinnung, Niere, Herz, Leber, CRP, PCT) bei.

Bitte nicht ausfüllen, wird durch das Department Intensivmedizin bearbeitet	
Rückruf durch:	Orga:
am:	um: