

Checkliste ECMO-COVID

Datum:	Mitarbeiter:
Uhrzeit:	

Kontakt:

Internistischer Intensivdienst:
Tel.: +43 316/5466-6396
Fax: +43 316/5466-6382

Name und Geburtsdatum:				
Körpergewicht/ Körpergröße/BMI:			Covid Impfstatus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Covid Erkrankung:	Symptome seit/Tag:		NIV/Airvo <input type="checkbox"/> ja, Tage: <input type="checkbox"/> nein	
	positiver Covid Test am:		Organbeteiligung:	
BGA Uhrzeit:	pH	pO2	pCO2	Laktat
Beatmung:	FiO2	PEEP	Pplat	AF
pO2/FiO2 (Horowitz):			<100mmHg seit:	
Echokardiographie:	EF:	Vitien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:	
Relevante Zusatz- Erkrankungen:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> chron Lungenerkrankung: <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (GFR/Krea/Dialyse): <input type="checkbox"/> maligne Tumorerkrankung (palliativ/kurativ): <input type="checkbox"/> hämatologische Erkrankung: <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankung: <input type="checkbox"/> Alkoholabusus <input type="checkbox"/> Nikotinabusus <input type="checkbox"/> Drogenabusus <input type="checkbox"/> Sepsis mit hochgradiger hämodyn. Instabilität (sept. CMP?) <input type="checkbox"/> chron. Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Grundkrankheit ohne Transplantation <input type="checkbox"/> physische Aktivität vor Covid: <input type="checkbox"/> anderes: 			