

## Checkliste ECMO-Indikation

Datum:	Mitarbeiter:
Uhrzeit:	

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

<b>Name und Geburtsdatum:</b>				
<b>Körpergewicht/ Körpergröße:</b>		BMI		
<b>ECMO Indikation:</b>	<input type="checkbox"/> Lungenversagen - VV-ECMO <input type="checkbox"/> kardiogener Schock - VA-ECMO			
<b>BGA Uhrzeit:</b>	pH	pO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	Laktat
<b>Beatmung:</b>	FiO <sub>2</sub>	PEEP	Pplat	AF
<b>pO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (Horowitz):</b>	<100mmHg seit:			
<b>Echokardiographie:</b>	EF:	Vitien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	AoVTI (cm) bei kardiogenem Schock:	
<b>Relevante Zusatzerkrankungen:</b>				
<b>Therapie ARDS:</b>	Dauer invasive Beatmung		Mikrobiologische Befunde	
	<input type="checkbox"/> pO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 100 seit <input type="checkbox"/> pH < 7,25 bzw pCO <sub>2</sub> > 60mmHg		Bronchoskopie (Ja/nein)	
	Bauchlagerung (Datum/Dauer)		...../..... Horowitz Index nach BL:	
	Neuromuskuläre Blockade		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Seit .....	
<b>Hämodynamik:</b>	RR syst/diast/MAP Frequenz			
	Katecholamine		Vasopressoren <input type="checkbox"/> Noradrenalin: .....µg/kg/min <input type="checkbox"/> Vasopressin:.....IU/min <input type="checkbox"/> Inotropika: <input type="checkbox"/> Dobutamin:.....µg/kg/min <input type="checkbox"/> Levosimendan:	
	Diurese (m/h)			
<b>Labor:</b>	Bilirubin/Leber	Kreatinin/GFR	Gerinnung	Hb/Thromboz.
<b>Wichtiges:</b>	ZVK: ..... <input type="checkbox"/> V. Jugularis re frei!	<input type="checkbox"/> 4 EK's bereitstellen optional	<input type="checkbox"/> aktuelle BGA/Labor	<input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....