

Checkliste ECMO-Indikation

Datum: _____	Mitarbeiter: _____
Uhrzeit: _____	_____

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

Name und Geburtsdatum:	_____			
Körpergewicht/ Körpergröße:	_____	BMI: _____		
ECMO Indikation:	<input type="checkbox"/> Lungenversagen - VV-ECMO <input type="checkbox"/> kardiogener Schock - VA-ECMO			
BGA Uhrzeit:	pH: _____	pO ₂ : _____	pCO ₂ : _____	Laktat: _____
Beatmung:	FiO ₂ : _____	PEEP: _____	Pplat: _____	AF: _____
pO₂/FiO₂ (Horowitz):	_____			< 100mmHg seit: _____
Echokardiographie:	EF: _____	Vitien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	AoVTI (cm) bei kardiogenem Schock: _____	
Relevante Zusatzerkrankungen:	_____			
Therapie ARDS:	Dauer invasive Beatmung:		Mikrobiologische Befunde:	
	<input type="checkbox"/> pO ₂ /FiO ₂ < 100 seit <input type="checkbox"/> pH < 7,25 bzw pCO ₂ > 60mmHg		Bronchoskopie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bauchlagerung (Datum/Dauer): _____		_____/_____ Horowitz Index nach BL:	
	Neuromuskuläre Blockade:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Seit: _____	
Hämodynamik:	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): _____		_____	
Labor:	Bilirubin/Leber: _____	Kreatinin/GFR: _____	Gerinnung: _____	Hb/Thromboz.: _____
Wichtiges:	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