

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:	<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: _____			