

## Kinderintensivtransport Station 25i- Transportanmeldung

Bitte faxen an 030/ 450-566934. **Bitte immer Rückruf unter Tel: 030-450666579 oder 666563**

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Notfallverlegung:  ja  nein

Klinik: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Patienteninformationen (bitte - soweit möglich- vollständig ausfüllen):**

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_ kg

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Verlegungsgrund: \_\_\_\_\_

Anamnese/Verlauf (nur relevante Angaben): \_\_\_\_\_

**Aktueller klinischer Status: stabil / kritisch**

**Atmung:**  spontan: Sauerstoffbedarf: \_\_\_\_ l/min Atemfrequenz: \_\_\_\_ /min O<sub>2</sub>-Sätt: \_\_\_\_ %

HFNC/beatmet: MV / NIV / HFNC Modus: \_\_\_\_\_

Parameter: PIP: \_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_ Freq.: \_\_\_\_ FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ % HFNC-Flow: \_\_\_\_ l/min

**Kreislauf:** RKZ: \_\_\_\_ sec. HF: \_\_\_\_ /min RR: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg ( invasiv  NIBP)

Lactat: \_\_\_\_ ZVS: \_\_\_\_ % Diurese (ml/kg/h): \_\_\_\_\_

Katecholamine (Dosis [µg/kg/min]): \_\_\_\_\_

**BGA:**  kap.  ven.  art.: pH: \_\_\_\_ pO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ pCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ BE: \_\_\_\_ BZ: \_\_\_\_ K<sup>+</sup> \_\_\_\_

**Neurologie:**  GCS \_\_\_\_ /15  Analgosedierung : ja/nein

**Zugänge:**  Arterie  ZVK (Lumen): \_\_\_\_\_  PVK (Anzahl): \_\_\_\_  Thoraxdrainage \_\_\_\_\_

**Labor:** Leuko.: \_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_ Thr.: \_\_\_\_ Quick: \_\_\_\_ CRP: \_\_\_\_ GOT: \_\_\_\_ Krea: \_\_\_\_

**Infektiologie:** Temp.: \_\_\_\_ °C MRGN/MRSA/VRE  nein  ja (Keim): \_\_\_\_\_

Influenza A  B  / SARS-CoV-2  / RSV  Nachgewiesen durch:  Ag-Schnelltest  PCR

**Weitere relevante Besonderheiten (z.B. Medikation):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_