

Strukturiertes Arzt-Arzt-Gespräch für den arztbegleiteten Patiententransport

	__.:__.:__	__ kg		__.:__.:__	__:
Patientenname	Geburtsdatum	Gewicht	IRG (Infektionsrisikogruppe)	Datum	Uhrzeit

Behandelnder Arzt Quellklinik	Telefonnummer	Gesprächsführender Transportarzt	Telefonnummer
Aufnahme in Zielklinik zugesichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> VEF <input type="checkbox"/> ITW <input type="checkbox"/> ITH <input type="checkbox"/> RTH <input type="checkbox"/> _____	
Quellklinik:	Zielklinik:	Telefonnummer:	
Landeplatz: Transfer mit RTW erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Landeplatz: Transfer mit RTW erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> (Intensiv-)Station: _____ <input type="checkbox"/> OP: _____	<input type="checkbox"/> (Intensiv-)Station: _____ <input type="checkbox"/> OP: _____		
<input type="checkbox"/> Notaufnahme: _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Notaufnahme: _____ <input type="checkbox"/> _____		
In Quellklinik seit: __.:__.:__		Intensivpflichtig seit: __.:__.:__	

Verlegungsdiagnose: _____

Relevante Zusatzdiagnose(n): _____

Verlegungsgrund: Intervention OP Intensivbehandlung Rehabilitation heimatnahe (Rück-)Verlegung _____

Dringlichkeit in den nächsten 2h disponibel-terminiert auf: __.:__.:__ :__ Uhr disponibel-elektiv
 Verschiebung/Unterbrechung/Abbruch möglich (bei Verwendung des Transportmittels für Notfall), **Zeitfenster:** _____

Bodengebundener Transport vertretbar? ja nein nur, wenn Luftrettung nicht zeitnah verfügbar

<p>Bewusstsein</p> <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt GCS ____ <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> analgosediert	<p>Atmung</p> <input type="checkbox"/> spontan SpO ₂ : ____ % O ₂ -Insuff: __ l/min	<p>Kreislauf</p> RR: ____ / ____ mmHg HF: ____ /min <input type="checkbox"/> stabil (ohne Therapie) <input type="checkbox"/> akute Blutung <input type="checkbox"/> Katecholamine <input type="checkbox"/> Noradrenalin: _____ <input type="checkbox"/> Adrenalin: _____ <input type="checkbox"/> Dopamin: _____ <input type="checkbox"/> Dobutamin: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige relevante Therapie <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> temporärer Schrittmacher	<p>Niere</p> Ausscheidung: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Oligurie <input type="checkbox"/> Anurie Dialyse: <input type="checkbox"/> kont. Hämofiltration <input type="checkbox"/> diskontinuierlich															
<p>Laborparameter</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Hb</td> <td></td> <td>K</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>BGA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>pH</td> <td></td> <td>p_aO₂</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>p_aCO₂</td> <td></td> </tr> </table>	Hb		K		Q				pH		p _a O ₂				p _a CO ₂		<input type="checkbox"/> beatmet seit __.:__.:__ <input type="checkbox"/> druckkontrolliert <input type="checkbox"/> volumenkontroll. <input type="checkbox"/> assistiert <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ET oral <input type="checkbox"/> ET nasal <input type="checkbox"/> konv.Tracheostomie <input type="checkbox"/> Dilatationstracheot. FiO ₂ = ____ I:E = ____:____ PEEP = ____	<p>Infektiologie</p> Erreger/Besiedlungsort: _____ _____ _____ Antibiotikatherapie: _____ Seit: __.:__.:__
Hb		K																
Q																		
pH		p _a O ₂																
		p _a CO ₂																

Drainagen:

 Thoraxdrainage
 ext. Ventrikeldrain.

Besonderheiten:

Instrumentierung/Geräte:

 periphere Zugänge: Anzahl: ____ Perfusoren, Anzahl für Transport ____
 ZVK Shaldon Arterie ECMO / ECLA
 Pulmonalkatheter PiCCO IABP
 ICP-Sonde Intensivrespirator
 _____ Inkubator
 _____ Invas. Druckmonitoring; Anzahl ____
 _____ _____