

Ablaufschema ECMO-Anfrage

to-do Liste diensthabender Arzt
bei telefonischer Anmeldung via ECMO-Hotline

1 Daten des Anmelders aufnehmen

Klinik und Station

Name anmeldender Arzt

Rückrufnummer

Faxnummer

2 Info an Anmelder, dass sich der diensthabende ECMO-Dienst zeitnah telefonisch melden wird

3 Das umseitige Abfragefax an anfragende Klinik per Fax senden oder auf Abrufmöglichkeit über www.ECMO-Freiburg.de hinweisen

4 Sofortige Kontaktaufnahme mit dem 1. ECMO-Dienst (für Anästhesie: siehe Dienstplan MedWeb, für Kardiologen: siehe Link im AIT-Wiki)

5 Alles Weitere übernimmt der 1. ECMO-Dienst

Zentrum für invasiven Lungenersatz Freiburg (iLF)

- Anästhesiologische Intensivtherapiestation (AIT)
- Interdisziplinäre Medizinische Intensivtherapie (IMIT)

Hotline 0761-270-23000 Fax 0761-270-26840



Anfrage Übernahme ARDS-Patient/ECMO-Indikation

Bitte zuerst telefonisch Kontakt aufnehmen, damit die Anfrage bearbeitet werden kann!

Kontaktaten zuweisende Klinik

Ansprechpartner

Rückrufnummer(n)

Klinik/Station:

Patientendaten

(Angaben soweit bekannt, sonst Schätzung)

Name, Vorname, Geburtsdatum
oder Patientenetikett

Gewicht:

Größe:

Isolierungspflichtige Erreger (z.B. Influenza, RSV, COVID, MRSA, MRGN)

Nein

Ja, folgende: _____

Diagnosen

Vermutete Ursache des Lungenversagens

(z.B. Aspiration, virale oder bakterielle Lungen-Infektion, extrapulmonaler Fokus etc.)

Immunsuppression oder -Kompromittierung?

Nein

Ja, folgende: _____

Wesentliche Vorerkrankungen/Allergien

(Herzinsuffizienz, chron. Niereninsuffizienz, vaskuläre Erkrankungen (Stents) etc.)

Maligne Erkrankung?

Nein

Ja, folgende: _____

Respiratio

Invasive Beatmung seit: _____

Strukturelle Lungenerkrankung: Nein Ja

Bereits Bauchlagerung erfolgt: Nein Ja

FiO₂:

pH

PEEP:

paO₂

Pmax:

paCO₂

Hämodynamik

Laktat

Welche Katecholamine? Ungefähre Dosierung?

Herzfunktion/ ggf. Herzindex

Neurologie

RASS

Sedation/Relaxation

Nein

Intrakranielle Pathologie Nein Ja

Ja, folgende _____

Infektiologie

Erregernachweis

Aktuelle antiinfektive Therapie

Wird durch ECMO-Dienst ausgefüllt

Übernahme mit Zielstation, ggf. Ablehnungsgrund

Unterschrift, Datum/Zeit