

Überleitung außerklinischer Intensivpatient - Notfallsituation

Name: _____

Stempel Pflegeunternehmen

Triagedienst - für weitere Information hier anrufen: _____

Grunderkrankung: _____

Versorgungsbereich 1 – Beatmung

Beatmung vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Beatmungsform	NIV <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/>
Beatmungsmodus	
Beatmungsdauer/Tag	SpO2 Normalwert

Versorgungsbereich 2 – Trachealkanüle

Trachealkanüle vorhanden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Firma der TK	
TK geblockt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Größe der TK	
Einstellung der TK	
Letzter Wechsel	

Versorgungsbereich 3 – Sekretmanagement / Absaugung

Absaugen nach Bedarf?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Absaugen nach Intervallen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Häufigkeit

Versorgungsbereich 4 – Orientierung und Kommunikation

Ist der Patient orientiert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kommunikation	

Versorgungsbereich 5 – Keimbesiedelung

Besteht eine Keimbesiedelung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche	

Versorgungsbereich 6 – Patient*innenverfügung

Patient*innenverfügung vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---

Versorgungsbereich 7 – Weitere medizinische Zugänge und Impfstatus

PEG?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme Oral:
BFK / DK?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dialysekatheter	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie geblockt?
Tetanusimpfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann zuletzt?

Versorgungsbereich 8 – Mitgebrachte Materialien (erst ausfüllen bei Verlegung)

Zweites Beatmungsgerät	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Cough-Assist	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wechselkanüle	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Außendienstmitarbeiter*in	Tel:

Erarbeitet: N. Kassing B.Sc., S. Dallmer B.Sc.

Kooperation zwischen Verein für Intensivpflege in M-V e. V., Zukunftsste Pflege e. V., und der Universitätsmedizin Greifswald