

Verlegungs-Anfrage – KITS (KinderIntensivTransportService)

Bitte ausgefüllt faxen an die Kinderklinik Mannheim: 0621/3832023

Telefonische Rückfragen: 0621/383-2320 oder 2315

Verlegende Klinik/Station:

Datum/Uhrzeit:

Ansprechpartner:

Durchwahl/Fax:

Patienten-Stammdaten

Name:

Geburtstag:

Gestationsalter:

Gewicht:

Geburtsgewicht:

Familien-Stammdaten

Name der Mutter:

geb.:

Adresse:

Name des Vaters:

geb.:

Tel.:

versichert über:

Krankenkasse:

Diagnose:

Indikation zur Verlegung:

Bisherige Therapie:

Aktuell:	Gewicht:	kg	Arterieller Druck:	mmHg
	Laktat:	mmol/l	SO ₂ :	<input type="checkbox"/> präduktal <input type="checkbox"/> postduktal
	paO ₂ :	mmHg	paCO ₂ :	mmHg
			BE:	pH:

Beatmung:

Intubationszeitpunkt

Konventionell:

Oszillation:

Pmax:

MAP:

NO

PEEP:

Frequenz:

ppm

Frequenz:

Amplitude:

OI:

FiO₂:

Gerät:

Katecholamine:

Dopamin

Dobutrex

Arterenol

Suprarenin

µg/kg/min

µg/kg/min

µg/kg/min

µg/kg/min

Sedierung/Relaxierung:

Dormicum

Fentanyl

Norcuron

mg/kg/h

µg/kg/h

mg/kg/h

Zugänge:

ZVK

mehrlumig:

Arterielle Kanüle

Pleuradrainage

re. li.

Surfactant-Gaben (Anzahl, mg/kg, Handelsname):

Sonstige Medikation: