

Anforderung von Sekundärtransporte

Version 1.0.0
Stand: 23.11..2020

Dringlichkeit	<input type="checkbox"/>	Kategorie 1	Sofortige Verlegung in nächstes Zentrum zur vital indizierten Diagnostik/Therapie (z.B. Polytrauma, ACS, Blutungen)			
	Akute Lebensgefahr					
	<input type="checkbox"/>	Kategorie 2	Planbarer Intensivtransport in weniger als 2 Stunden. Ggf. auch instabiler Intensivpatient mit kontinuierlicher Therapie und/oder invasiver Überwachung.			
	Kritischer Patient					
	<input type="checkbox"/>	Kategorie 3	Dringliche Verlegung in mehr als 2 Stunden (z.B. dringender arztbegleiteter Interhospitaltransport nach erfolgter PCI, postoperative Patienten)			
Stabiler Patient						
<input type="checkbox"/>	Kategorie 4	Überwachungspatient ohne Arztbegleitung, aber mit Rettungsassistent/Notfallsanitäter durch RTW				
Überwachungspatient						
Gewünschter Termin (nur Kat 3 und 4)		Datum:		Uhrzeit:		
Anfordernde Klinik	Klinik:					
	Ansprechpartner/Arzt: (Nur Kat 1 -3)			Telefon:		
	Der*die Patient*in befindet sich zurzeit auf:					
	<input type="checkbox"/>	Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	Schockraum	<input type="checkbox"/>	Intensiv
Patient*in	Name:		Vorname:		Alter:	
	Gewicht:					
	Diagnose:					
	Infektiösität:		<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
	wenn ja, welche:					
	Bewusstseinslage:		Atmung:		Kreislauf:	
<input type="radio"/> Ungestört <input type="radio"/> Getrübt <input type="radio"/> Bewusstlos <input type="radio"/> Sedierte/Narkose		<input type="radio"/> Spontan ohne O ₂ <input type="radio"/> O ₂ -Gabe ___l/min <input type="radio"/> Beatmungsform: _____		<input type="radio"/> Stabil in den letzten 3 Std. <input type="radio"/> Instabil in den letzten 3 Std. <input type="radio"/> Katecholamine		
Monitoring und Therapie:						
<input type="radio"/> EKG <input type="radio"/> SPO ₂ <input type="radio"/> ZVK <input type="radio"/> Invasiver RR		<input type="radio"/> Thorax-Drainage <input type="radio"/> ECMO <input type="radio"/> IABP <input type="radio"/> Zahl der dringend benötigten Perfusoren _____				
Zielklinik	Klinik:					
	Adresse:					
	Fachabteilung:			Station:		
Datum:		Name anfordernder Arzt		Unterschrift		
_____		_____		_____		