Abs.:

Patient:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Überleitung: Beatmung

Grunderkrankung. _____

Beatmungszugang: □ invasiv □ nichtinvasiv

□ Doppelschlauchsystem □ Einschlauchsystem

Trachealkanüle		Maske	
Hersteller:	_____	Hersteller:	_____
Typ:	_____	Typ:	_____
Größe:	_____	Größe:	_____
Länge:	_____	Stirnabstand:	_____
		Kopfband:	_____

□Chirurgisches Stoma □Dilatationsstoma

Trachealkanüle: nächster Wechsel am**:**_____

Wechselintervalle: □ wöchentlich oder: _____

Absaugung: täglich ca. ____mal Absaugkatheter Typ: _____ CH:_____

Inhalation: □Nein □Ja Medikament:_____ _____pro Tag

Befeuchtung: □Aktiv □Passiv Gerätetyp: _____

Beatmungsmodus: □ PSV □ PCV □ PC.Tv □ VCV □ AVCV □ SIMV

Beatmungsdauer: _____Std. **Beatmungsgerät Typ:**_____

Externe Batterie: □Nein □Ja

Beatmungsparameter:

Beatmungsdruck		mbar
Beatmungsvolumen		ml/AZ
Beatmungsfrequenz:		mbar
PEEP		
Inspriationszeit /I:E		
Trigger Inspriation		
Plateau		
Exspirator. Steuerung:		%
Volumensicherung:		Liter
Kalkuliertes Volumen:		Liter
min. Volumen/max. Volumen:		l/min
min. Druck/ max. Druck		l/min
max. Frequenz		AZ/min.

Sauerstoff unter BA □Nein □Ja, Flow: l/min Dauer: Std./Tag

aktuelle BGA: pO2 _____ mmHg pCO2 _____ mmHg

Sozialstation/Heim verständigt: □Nein □Ja, Gesprächspartner:_____

Beatmungsüberleitung in Zusammenarbeit mit Firma: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

© AG Patientenüberleitung/ Geriatrische Akademie Brandenburg e. V.