



Schweizer
Paraplegiker
Zentrum

Centre
suisse des
paraplégiques

Centro
svizzero per
paraplegici

Swiss
Paraplegic
Centre

Intensivmedizin

Renato Lenherr, Chefarzt
Guido A. Zäch Strasse 1, CH-6207 Nottwil
Diensttelefon: +41 41 939 66 77
E-Mail: ipsaerzte@paraplegie.ch
www.paraplegie.ch

Anmeldung zum Weaning

Zuweisungsspital:

Zuständiger Kaderarzt / Telefon:

☐ Patient / ☐ Patientin

Name/Vorname/Geb. Datum:

Adresse:

Grösse: Gewicht: Dekubitus: ☐ Nein ☐ Ja (wo?)

Urteilsfähigkeit

☐ ja ☐ nein

Patientenverfügung (wenn ja, bitte beilegen)

☐ ja ☐ nein

Vertretungsberechtigte Person:

Überweisungsgrund

.....
.....

Haupt-Diagnose & relevante Zusatzdiagnosen

.....
.....
.....

Reanimationsstatus: ☐ voll, ☐ keine Reanimation, ☐ eingeschränkt

.....

Weaningziel

- ☐ Extubation/Dekanülierung -> spontan
- ☐ Extubation/Dekanülierung -> nichtinvasive Beatmung
- ☐ Heimbeatmung invasiv



Schweizer
Paraplegiker
Zentrum

Centre
suisse des
paraplégiques

Centro
svizzero per
paraplegici

Swiss
Paraplegic
Centre

Klinische Angaben

☐ intubiert seit

☐ tracheotomiert seit

Tubus/Kanüle: (Modell, Grösse, subglottische Abs.)

Beatmungsmodus

☐ Duopap ☐ spontan, druckunterstützt ☐ andere

☐ FiO₂ ☐ Peep ☐ Plateaudruck ☐ paO₂ ☐ paCO₂

Installationen

☐ ZVK ☐ / Art ☐ / PEG ☐ / MS ☐ / Duodenal / ☐ Dauerkatheter / ☐ Thoraxdrainage / ☐ Shaldon /

☐ PM / ☐ VAC-Verband / ☐ andere

Medikation

☐ Katecholamine

☐ Antibiotika

☐ Varia (Immunsuppressiva, seltene Medikamente)

☐ Analgosedation

Isolation: ☐ Nein / ☐ Ja: ☐ Tröpfchen? / ☐ 3 bzw. / ☐ 4 MRGN? / ☐ SKN

Patientenplanung nach Weaning

☐ Anschlussrehabilitation: Wo?

Bereits angemeldet? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Rückverlegung ins Zuweiserspital möglich

☐ bei medizinischen Komplikationen

☐ nach Weaning / Abteilung, welche Disziplin?

☐ warten auf Anschlussrehabilitation / Abteilung: welche Disziplin

☐ andere:

⇒ Bitte **provisorischen Austrittsbericht** der Anmeldung anhängen. Danke.

⇒ Fragen gerne an +0041 41 939 66 77 (IPS Kaderärztin/-arzt)

Anmeldung an: icu@paraplegie.ch oder ipsaerzte@paraplegie.ch

Datum

Name, Unterschrift: