

FORMULARZ ZGŁOSZENIA PACJENTA DO LECZENIA METODĄ V-V ECMO

Imię i nazwisko pacjenta:		Numer księgi głównej szpitala kierującego:
Pesel:		Nazwa szpitala kierującego:
Lekarz kierujący:		Oddział kierujący:
Waga pacjenta (kg):	Wzrost pacjenta (cm):	Data i godzina kwalifikacji pacjenta do terapii V-V ECMO:
Rozpoznanie główne (powód przyjęcia do OIT):		Choroby współistniejące oraz przebyte operacje:

OCENA UKŁADU ODDECHOWEGO

1. Aktualny wynik badania gazometrii krwi tętniczej:

pO₂
pCO₂
pH
HCO₃⁻
Laktemia

2. Przyczyna niewydolności oddechowej:

.....
.....

3. W przypadku etiologii infekcyjnej niewydolności oddechowej proszę podać:

Prokalcytonina ng/ml
CRP mg/l
Leukocyty 10³ /ml
Drobnoustrój etiologiczny

4. Dotychczasowa antybiotykoterapia:

Nazwa leku	Dawka dobową	Doba leczenia

5. Wyniki badań obrazowych płuc (RTG, TK, USG):

Badanie	Data	Wynik

6. Aktualne parametry inwazyjnej wentylacji mechanicznej:

Doba inwazyjnej wentylacji mechanicznej

Rodzaj sztucznych dróg oddechowych

 intubacja tracheotomia

Tryb wentylacji mechanicznej

Wartość PEEP cm H₂OStężenie wdechowe tlenu (FiO₂)Ciśnienie szczytowe cm H₂OCiśnienie plateau cm H₂O

Objętość oddechowa ml/kg IBW

Podaż leku zwiotczającego mięśnie

 tak nie

Wentylacja w ułożeniu na brzuchu

 tak nie**PARAMETRY STANU POZOSTAŁYCH NARZĄDÓW - OSTATNIA DOBA**

GCS pkt

RASS pkt

SOFA pkt

MAP mmHg

Leki wazoaktywne i inotropowe (dawka):

Noradrenalina

Dobutamina

Dopamina

Adrenalina

Inne

Uszkodzenie nerek: tak nie**CRRT** tak (dawka) nie

Stężenie kreatyniny mg/dl Stężenie Hb mg/d

Stężenie mocznika mg/dl Liczba płytek krwi 10³ / ml

Data i godzina zgłoszenia pacjenta:

Pieczętka i podpis lekarza zgłaszającego do terapii V-V ECMO: