

# ANMELDUNG - Respiratory Monitoring Unit (RMU)

## Pav. Hermann 1. Stock FÜR KRANKENHÄUSER

Tel.: 01 91060/41 440; E-Mail: kpe.pulmo.rmu@gesundheitsverbund.at



Wiener Gesundheitsverbund  
Standort Penzing  
der Klinik Ottakring

Für die  
Stadt Wien

### Patient\*innenettikett

Datum RMU-Anmeldung: \_\_\_\_\_

Datum stationären Aufnahme: \_\_\_\_\_

Krankenhaus und Station: \_\_\_\_\_

Name der ärztlichen Kontaktperson + Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

### Initialer Aufnahmegrund bzw. relevante Diagnosen:

Größe: \_\_\_\_\_ cm | Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beatmungszugang:  Nasenbrille:  Maske  Tubus  
 Tracheostoma:  Chirurgisch  Gestochen; Datum -Anlage/Wechsel: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Beatmung:  Spontanatmung  Highflow-Therapie  CPAP-Therapie  
 PS  PC  andere Beatmungsform: \_\_\_\_\_  
 Insufflation möglich? wie viele Std./Tag? \_\_\_\_\_

Einstellungen: Peep/EPAP: \_\_\_\_\_ IPAP: \_\_\_\_\_ PS/PC \_\_\_\_\_ Pmax: \_\_\_\_\_  
FiO2 \_\_\_\_\_ % Flow \_\_\_\_\_

### Aktuelle Blutgase ARTERIELL (innerhalb der letzten 24 Stunden):

Insuff./ NHF mit \_\_\_\_\_ Liter O2/min.: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_  
Beatmung mit \_\_\_\_\_ Liter O2/min.: pH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_ pCO2 \_\_\_\_\_

### Relevante Komorbiditäten (ggf. bitte Patient\*innenbrief beilegen):

### Befunde:

- **MRE Abstriche:**  Ja  Nein |  positiv  negativ | Lokalisation \_\_\_\_\_
- **Isolationspflichtige Infektionen:**  Ja  Nein | Keim? \_\_\_\_\_
- **CT Thorax:**  Ja  Nein | Wann?: \_\_\_\_\_
- **Schlucken möglich?**  Ja  Nein | Konsistenz:  alle  flüssig  breiig  fest
- **Kognition:** wach/ansprechbar?  Ja  Nein | **Delir?**  Ja  Nein | spricht?  Ja  Nein
- **Atemmuskelkraftvermessung:** Datum: \_\_\_\_\_ MIP \_\_\_\_; MEP \_\_\_\_; PCF \_\_\_\_; forcierte VT \_\_\_\_\_
- **Neurologisches Konsil:** Datum? \_\_\_\_\_  Criticall Illnes Polyneuropathie  Criticall Illnes Myopathie
- **Katecholaminfrei seit?** \_\_\_\_\_
- **Therapielimitierung:**  Nein |  Ja, welche: \_\_\_\_\_
- **Zugänge:**  ZVK  Venflon  Dauerkatheter  PEG-Sonde/MS  Drainagen – Welche?

### Funktioneller Zustand DERZEIT

Kann selbstständig aufstehen?  Ja  Nein | Querbett mit Rumpfstabilität  Ja  Nein

Kann Arme bewegen?  Ja  Nein | kann Beine bewegen?  Ja  Nein

### Funktioneller Zustand VOR der Hospitalisation:

vollständig mobil  teilweise mobil mit Gehhilfe  Wohnungsmobil  bettlägerig  
 lebt alleine | Pflegestufe: \_\_\_\_\_ | Soziale Dienste: \_\_\_\_\_ | Angehörige Name/Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

LTOT:  Ja  Nein | Firma? \_\_\_\_\_

Heimbeatmung:  Ja  Nein | Firma? \_\_\_\_\_