

INTENSIVTRANSPORT-PROTOKOLL

Empfehlung der DIVI 2000 · Version 1.1

EINSATZNUMMER			
Standort	Einsatzdatum		
Krankenkasse bzw. Kostenträger	geb. am		
Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		
Straße, Hausnummer			
PLZ	Ort		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		
<input type="checkbox"/> Intensivtransport	<input type="checkbox"/> Teamtrsp.	<input type="checkbox"/> Gerätetrsp.	<input type="checkbox"/> Organtrsp.

1. Einsatztaktische Daten

Transportmittel	Typ: <input type="checkbox"/> ITH <input type="checkbox"/> RTW (& KH-Arzt) <input type="checkbox"/> RTH <input type="checkbox"/> LFizg. <input type="checkbox"/> ITW <input type="checkbox"/> KTW (& KH-Arzt) <input type="checkbox"/> NAW <input type="checkbox"/> AFizg.
Auftragsvergabe	
Ärzteamt	<input type="checkbox"/> Anästhesie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Innere <input type="checkbox"/> Fachrichtung <input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> Andere Fachrichtung
Abfahrt/Abflug Standort	
Qualifikation	<input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Arzt in WB
Ankunft beim Patienten	
Transportbeginn	
Übergabe Zielklinik	
Assistenzpersonal 1	Qualifikation <input type="checkbox"/> RettAss. <input type="checkbox"/> Pflegepersonal
Assistenzpersonal 2	Qualifikation <input type="checkbox"/> RettAss. <input type="checkbox"/> Pflegepersonal
Einsatzende	

2. Arzt-Arzt-Gespräch

Name des anfordernden Arztes	Telefon	Telefax	Quellklinik	Station
Name des annehmenden Arztes	Telefon	Telefax	Zielklinik	Station
Verlegungsgrund	Quellklinik Zielklinik	Patienten Kategorie	Arzt/Arztgespräch vor Übernahme	
<input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Intensivtherapie <input type="checkbox"/> Operation/Intervention	<input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Allgemeinstation <input type="checkbox"/> Grund-/Regelversorgung <input type="checkbox"/> Schwerpunktversorgung <input type="checkbox"/> Maximalversorgung <input type="checkbox"/> Reha-Klinik <input type="checkbox"/> Übernahme/Zwischentransp. <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Hochrisikopatient <input type="checkbox"/> Intensivpatient <input type="checkbox"/> keine vitale Gefährdung	<input type="checkbox"/> nicht stattgefunden	
Dringlichkeit				
<input type="checkbox"/> Nicht disponibler Transport <input type="checkbox"/> Transport in < 30 min (sofort) <input type="checkbox"/> Transport in < 2 h (dringend)				
<input type="checkbox"/> Disponibler Transport <input type="checkbox"/> Transport in < 24 h (Tagesverlauf) <input type="checkbox"/> Transport in > 24 h (Folgetag/-e)				

3. Patientenstatus Neurologie unauffällig

Pupillenfunktion	Bewußtseinslage
links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewußtlos <input type="checkbox"/> (analgo-)sediert
eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> entrundet <input type="checkbox"/> positive LR <input type="checkbox"/>	Glasgow-Coma-Scale
Lähmungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Summe GCS <input type="text"/>
Meningismus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schmerz <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar	
Kreislauf	
RR <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg HF <input type="text"/> /min	
<input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil <input type="checkbox"/> katecholaminpflichtig	
EKG	
<input type="checkbox"/> SR oder PM (intakt) <input type="checkbox"/> supraventr. ES/AV-BI. II/VES mono	
<input type="checkbox"/> QRS-Tachyk./VESpoly/VHF/AV-BI. III <input type="checkbox"/> VT/VF/EMD	
Scores <input type="checkbox"/> erhoben <input type="checkbox"/> übernommen	
NACA	SAPS II
ZNS <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Gefäße <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Blut/Gerinnung <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Niere/Urog. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Atmung	Ventilation vor Transport
<input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Stridor/Spastik <input type="checkbox"/> Rasselgeräusche	<input type="checkbox"/> Spontanatmung <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> PEEP>8
<input type="checkbox"/> sonstige Beatmungsform	AF <input type="text"/> /min
O ₂ -Sonde <input type="text"/> l/min	AMV <input type="text"/> l/min
SaO ₂ <input type="text"/> %	FiO ₂ <input type="text"/>
etCO ₂ <input type="text"/> mmHg	I:E <input type="text"/>
	PEEP <input type="text"/> cm H ₂ O
	PIP <input type="text"/> cm H ₂ O
	Druckunterstützung <input type="text"/> cm H ₂ O

Kreislauf	EKG	Scores
RR <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg HF <input type="text"/> /min	<input type="checkbox"/> SR oder PM (intakt) <input type="checkbox"/> supraventr. ES/AV-BI. II/VES mono	<input type="checkbox"/> erhoben <input type="checkbox"/> übernommen
<input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil <input type="checkbox"/> katecholaminpflichtig	<input type="checkbox"/> QRS-Tachyk./VESpoly/VHF/AV-BI. III <input type="checkbox"/> VT/VF/EMD	NACA
		ZNS <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Gefäße <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Blut/Gerinnung <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Niere/Urog. <input type="checkbox"/>

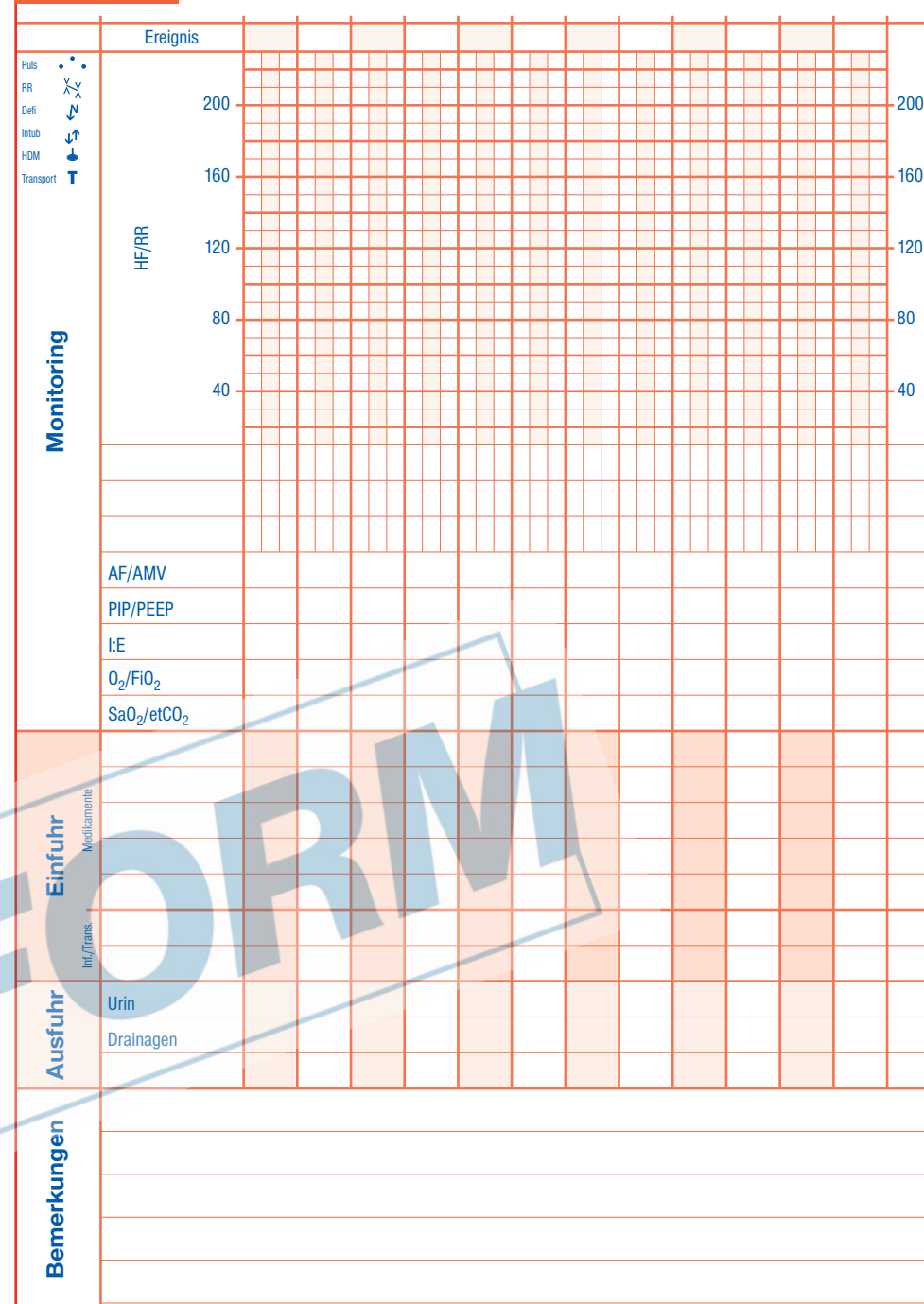
Blutgasanalyse	Bemerkungen/Besonderheiten/Labor
pO ₂ <input type="text"/> mmHg pH <input type="text"/>	
pCO ₂ <input type="text"/> mmHg S-Bic <input type="text"/> mmol/l Temp. <input type="text"/> °C	

4. Diagnosen

Hauptdiagnose (ICD 10)	
Zusatzdiagnose (ICD 10)	
Operation/Intervention (ICPM)	

Mitgegeben: CT-Röntgenbilder, Befunde, Wertsachen

5. Verlauf



7. Übergabestatus Neurologie unauffällig

Pupillenfunktion	Bewußtseinslage
rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewußtlos <input type="checkbox"/> (analgo-)sediert
eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> entrundet <input type="checkbox"/> positive LR <input type="checkbox"/>	Glasgow-Coma-Scale
Lähmungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Summe GCS <input type="text"/>
Meningismus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schmerz <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar	
Kreislauf	
RR <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg HF <input type="text"/> /min	
<input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil <input type="checkbox"/> katecholaminpflichtig	
EKG	
<input type="checkbox"/> SR oder PM (intakt) <input type="checkbox"/> supraventr. ES/AV-BI. II/VES mono	
<input type="checkbox"/> QRS-Tachyk./VESpoly/VHF/AV-BI. III <input type="checkbox"/> VT/VF/EMD	
Bemerkungen	

8. Ergebnis Einsatzbeschreibung

Transportmittel med. indiziert	<input type="checkbox"/> Transport ins Krankenhaus <input type="checkbox"/> Überg./Übern. an/von and. Rettungsmittel
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Fehleinsatz <input type="checkbox"/> Patient nicht transportfähig <input type="checkbox"/> Tod auf dem Transport

Art	AVB	Relevanz	Zeitpunkt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

übernehmende Station/Arzt	Telefon/Telefax-Nr.	Stempel/Unterschrift des Arztes
---------------------------	---------------------	---------------------------------

6. Maßnahmen/Geräte

Maßnahmen Herz/Kreislauf	Atmung	Weitere Maßnahmen
vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> PVK <input type="text"/> Anzahl <input type="text"/> Ort <input type="text"/>	vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> O ₂ -Inhalation <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Tracheotom.	vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> Thoraxdrainage <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> ZVK <input type="text"/> Anzahl <input type="text"/> Ort <input type="text"/>	Größe <input type="text"/>	Größe <input type="text"/>
vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> AK <input type="text"/> Ort <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tubustiefe/-fixierung	<input type="checkbox"/> Position
vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> PAK <input type="text"/> Ort <input type="text"/>	vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Absaugung	vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Harnableitung
vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Notfallpacer <input type="checkbox"/> REA/HDM <input type="checkbox"/> 12-Kanal-EKG	Monitoring	Geräteinsatz
	<input type="checkbox"/> EKG Monitoring <input type="checkbox"/> non inv. RR-Messung <input type="checkbox"/> invasive RR-Messung <input type="checkbox"/> Pulsoximetrie <input type="checkbox"/> ZVD-Monitoring <input type="checkbox"/> PAP-Monitoring <input type="checkbox"/> Kapnometrie <input type="checkbox"/> ICP-Monitoring <input type="checkbox"/> Temperaturmessung <input type="checkbox"/> Blutgasanalyse	<input type="checkbox"/> Stiffneck <input type="checkbox"/> Vakuummatratze <input type="checkbox"/> Spritzenpumpe <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> Notfallrespirator <input type="checkbox"/> Intensivrespirator <input type="checkbox"/> ECLA/NO <input type="checkbox"/> Inkubator
	Medikamente	Infusionen
	vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Analgetika <input type="checkbox"/> Antiarrhythmika <input type="checkbox"/> Antiemetika <input type="checkbox"/> Antiepileptika <input type="checkbox"/> Anihypertensiva <input type="checkbox"/> Antikoagulantien <input type="checkbox"/> Bronchodilatantien <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> Glucose	vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Katecholamine <input type="checkbox"/> Kortikosteroide <input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien <input type="checkbox"/> Narkotika <input type="checkbox"/> Pufferlösung <input type="checkbox"/> Sedativa <input type="checkbox"/> Vasodilatantien <input type="checkbox"/> Thrombolytika <input type="checkbox"/> Sonstige
		vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Blutprodukte <input type="checkbox"/> Kristalloide
		vorh. <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Kolloide <input type="checkbox"/> Sonstige