

# SITIS Nord – Transportanmeldebogen

Meldung des Transportes via 112 – Weiterleitung über Integrierte Leitstelle an die Leitstelle Nürnberg.

Bitte vollständig ausfüllen und an [sitis.nord@johanniter.de](mailto:sitis.nord@johanniter.de) senden.

Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Geplantes Transportdatum/Transportzeit: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

(Rückrufnummer gut leserlich – direkte Durchwahl)

Station: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

(Rückrufnummer gut leserlich – direkte Durchwahl)

## Patientendaten:

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ g

Geburtsdatum/Zeit: \_\_\_\_\_

Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gestationsalter: \_\_\_\_\_ SSW; APGAR \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

Kontakt Daten Eltern (Name + Telefonnummer):

\_\_\_\_\_

Eltern wurden über Transportrisiken aufgeklärt:  Ja  Nein

(Falls noch nicht erfolgt, bitte durchführen.)

## Hauptdiagnosen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

Cardiozirkulatorisch:

---

Pulmonologisch:

---

Neurologisch:

---

Sonstige:

---

**Verlegungsgrund:**

---

---

**Dringlichkeit:**

Lebensbedrohlicher Notfall

dringend       im Tagesverlauf       am \_\_\_\_\_

**Aktuelle Vitalparameter:**

RR  invasiv       non-invasiv: \_\_\_\_\_      HF: \_\_\_\_\_      SpO2: \_\_\_\_\_

**Aktuelle BGA:**

Uhrzeit	art./kap./ven.	pH	BE	CO2	O2	Lactat	Hb	Hk

**Beatmung:**

Invasiv:

Tubusgröße: \_\_\_\_\_ Ch       oral       nasal

CMV: PiP: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ FiO2: \_\_\_\_\_

HFO: MAP: \_\_\_\_\_ Frequenz: \_\_\_\_\_ Amplitude: \_\_\_\_\_ FiO2: \_\_\_\_\_

NO: \_\_\_\_\_ ppm \_\_\_\_\_

Nicht-Invasiv:

Highflow: \_\_\_\_\_ l/min      nCPAP: PEEP: \_\_\_\_\_      FiO2: \_\_\_\_\_

**Medikamente:**

Noradrenalin: \_\_\_\_\_ µg/kg/min = \_\_\_\_\_ ml/h      Adrenalin: \_\_\_\_\_ µg/kg/min = \_\_\_\_\_ ml/h

Dobutamin: \_\_\_\_\_ µg/kg/min = \_\_\_\_\_ ml/h      Milrinon: \_\_\_\_\_ µg/kg/min = \_\_\_\_\_ ml/h

Sedierung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anzahl benötigter Perfusoren:** \_\_\_\_\_ Stück (max. 8 Perfusoren)

**Zugänge:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> ZVK _____ Lumen ____ | <input type="radio"/> Silastik _____ Lumen ____ |
| <input type="radio"/> ZVK _____ Lumen ____ | <input type="radio"/> pVK _____ Gy ____         |
| <input type="radio"/> Art _____            | <input type="radio"/> pVK _____ Gy ____         |

**Keime (Art & Lokalisation):**

- MRGN: \_\_\_\_\_
- MRSA: \_\_\_\_\_
- ESBL: \_\_\_\_\_

**Drainagen / Lokalisation:** \_\_\_\_\_ Sog:  ja     nein

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_