

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 senden

Datum/Uhrzeit: _____

Geplantes Transportdatum/Transportzeit: _____

Station: _____

Ansprechperson: _____

(Rückrufnummer gut leserlich – direkte Durchwahl)

Station: _____

Ansprechperson: _____

(Rückrufnummer gut leserlich – direkte Durchwahl)

Patientendaten:

Name des Kindes: _____

Aktuelles Gewicht: _____ g

Geburtsdatum/Zeit: _____

Aktuelle Länge: _____ cm

Gestationsalter: _____ SSW; APGAR ____/____/____ Geburtsgewicht: _____

Kontakt Daten Eltern (Name + Telefonnummer):

Eltern über Transportrisiken aufgeklärt: Ja Nein

(falls noch nicht erfolgt, bitte durchführen)

Hauptdiagnosen:

Bitte vollständig ausfüllen und an sitis.nord@johanniter.de senden

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):

- | |
|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> MRGN: _____ |
| <input type="radio"/> MRSA: _____ |
| <input type="radio"/> ESBL: _____ |

Drainagen / Lokalisation: _____ Sog: ja nein

Sonstiges:

Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift _____