

Anästhesie

Vorname: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Patienten- ID: 2 0 1 1 - _____

Klinikum Musterhausen
 Akademisches Krankenhaus
 der Universität Musterhausen
 Musterweg 40
 12345 Musterhausen

Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin
 Leitung: Prof. Dr. med. Mustermann
 Leiter ZNA: Dr. med. Mustermann

Telefon ZNA: 0765-123456789
 0765-123456788

ASA I II III IV V

Dienststart:
 RD BD ÜS

Dringlichkeit:
 geplant
 dringlich
 Notfall

Fachrichtung:

MED <input type="checkbox"/>	ORT <input type="checkbox"/>
ACH <input type="checkbox"/>	AIN <input type="checkbox"/>
DRM <input type="checkbox"/>	URO <input type="checkbox"/>
AUG <input type="checkbox"/>	NCH <input type="checkbox"/>
HNO <input type="checkbox"/>	NUC <input type="checkbox"/>
NUP <input type="checkbox"/>	UCH <input type="checkbox"/>
MKG <input type="checkbox"/>	GYN <input type="checkbox"/>
RAD <input type="checkbox"/>	SON <input type="checkbox"/>

Risiko-einschätzung	kein path. Befund		
	path. Befund ohne Relevanz für Anästhesie		
	path. Befund mit Relevanz für Anästhesie		
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myokard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronarfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge/Atemweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rö-Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewusstsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokriniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anatomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrolyte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säure-Basen-H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befund nicht erhoben

Größe/Gewicht

_____ cm
 _____ kg

Alkohol/Nikotin

_____ g/d
 _____ py

Letzte Mahlzeit:

fest Uhr: _____
 flüssig Uhr: _____

Mallampati

I II III IV

Zahnstatus

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

K=Krone F=Fehlt L=Locker K=Kariös

Vollprothese: oben unten
 Teilprothese: oben unten

RCRI

Eingriffsrisiko hoch
 isch. Herzerkrankung
 Herzinsuffizienz
 zerebrovask. Erkr.
 Insulintherapie
 Serumkrea >2 mg/dl

MET

1 2-3 4 10

1MET = 25 W

Risikofaktoren

0 I **1** II **2** III **3** IV

Reklination

gut
 eingeschränkt
 unmöglich

Anästhesietechnik

Einleitung gepl. durchg.

inhalativ intravenös

Aufrechterhaltung

inhalativ intravenös balanciert

Regionalanästhesie

SPA PDA Plexus IVRA

sonstiges

periphere Blockade mit Katheter Kombinationsnarkose

Sonstige Verfahren

Standby Sedierung

Atemwegszugang

orale ITN nasale ITN Maske LAMA Doppellumentubus Jet Trachealkanüle sonstige

Durchführung/Verlauf/Besonderheiten:

Prämedikationserfolg:

gering
 gut
 tief schlafend
 PM nicht vorgesehen
 PM nicht erhalten

Cormack:

I II III IV

OPS 301:

____ - ____ . ____

AVB: keine

AVB Schwere Ort

Maßnahmen im AWR:

keine	<input type="checkbox"/>
ZVK	<input type="checkbox"/>
PDA	<input type="checkbox"/>
PCA	<input type="checkbox"/>
Urin-Ableitung	<input type="checkbox"/>
Nachbeatmung	<input type="checkbox"/>
Labor	<input type="checkbox"/>
Transfusion	<input type="checkbox"/>
Cell-Saver	<input type="checkbox"/>
Pneumonieproph.	<input type="checkbox"/>
Spritzenpumpe	<input type="checkbox"/>
Magensonde	<input type="checkbox"/>
Mobilisierung	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>

BTM-Abrechnung:

Anordnungen für AWR/Station:

Unterschrift _____