

Department für Frauen- und Kindermedizin

Universitätsklinik und Poliklinik
für Kinder und Jugendliche
Direktor: Prof. Dr. med. W. Kiess

Selbständige Abteilung für Neonatologie
Leiter: Prof. Dr. med. U. H. Thome

Sekretariat: Frau Dietze
Tel.: 0341/ 97 26020
Fax: 0341/ 97 26089

Station Neonatologie
Tel.: 0341/ 97 23585 oder 23586
Fax: 0341/ 97 23579
Leipzig, den 30.05.2023

Anfrage zur ECMO-Therapie

Direkte Durchwahl:
0341/97 – 23585 oder 23586

Ecmo-neonatologie@medizin.uni-leipzig.de

Anforderer/Klinik (Rufnummer bitte gut leserlich)

Station: _____

Patientendaten:

Name des Kindes: _____

Geburtsgewicht: _____

Aktuelles Gewicht: _____

Gestationsalter: _____

Blutgruppe: _____

Name Mutter: _____

Vater: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tel. Mutter: _____

Vater: _____

Diagnose und Verlauf:

Zugänge:

ZVK: Lokalisation: _____ Anzahl Lumen: _____

Arterie: Lokalisation: _____

Drainagen: _____

Klinische Angaben:

Blutdruck: _____ SpO2 präductal: _____ SpO2 postductal: _____

Kreislauftherapie:

Dobutamin _____ µg/kg/min Adrenalin _____ µg/kg/min Noradrenalin _____ µg/kg/min

Milrinon _____ µg/kg/min Sildenafil _____ mg/kg/d Hydrokortison _____ mg/kg/d

Beatmung:

IMV: PIP: _____ PEEP: _____ MAP: _____ Ti: _____ FiO2: _____

HFO: MAP: _____ FiO2: _____ Amplitude: _____ Frequenz: _____

NO: _____

Sedierung/Relaxierung: _____

Sonstige Therapie: _____

Labor:

Uhrzeit	pH	paO2	paCO2	BE	Laktat	Hk	Thrombos
:	,	___ mmHg	___ mmHg	___ mmol/l	___ mmol/l	___	___
:	,	___ mmHg	___ mmHg	___ mmol/l	___ mmol/l	___	___
:	,	___ mmHg	___ mmHg	___ mmol/l	___ mmol/l	___	___
:	,	___ mmHg	___ mmHg	___ mmol/l	___ mmol/l	___	___

Neurologie:

Intracerebrale Blutung: _____

Blutung an anderer Lokalisation: _____

Hinweis auf infaust verlaufende Grunderkrankung (Trisomie 13, Trisomie 18...): _____

Sonstige relevante Begleitumstände: _____