



Checkliste Sekundärtransport-Anfrage
RTH Christoph 9, BG-Unfallklinik
Großenbaumer Allee 250, 47259 Duisburg

Patient:

Name: _____ Vorname: _____
 Geb.-datum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
 Hauptdiagnosen: _____ Infektion?: _____

Verlegende Klinik : _____ **Aufnehmende Klinik** _____
 Station: _____ Station: _____
 Telefon: _____ Telefon: _____
 Name des Arztes: _____ Name des Arztes: _____
 RTH - Landeplatz an verlegenden Klinik vorhanden: Ja Nein RTH - Landeplatz an aufnehmender Klinik vorhanden: Ja Nein

Patientenkategorie

- Kategorie 1: akute Lebensgefahr – sofortige Verlegung mit NEF bzw. Rettungshubschrauber**
Sofortige Notfallverlegung in nächstes Zentrum zur vital indizierten Diagnostik/Therapie (z.B. Polytrauma, ACS, Blutungen)
- Kategorie 2: kritischer Patient, planbarer Intensivtransport mit ITH/ITW in weniger als 2 Stunden**
Planbarer Transport, ggfs. auch instabiler Intensivpatienten mit kontinuierlicher Therapie und/oder invasiver Überwachung (z.B. ARDS, geplante neurochirurgische Interventionen, Wirbelsäulen oder Beckenfrakturen)
- Kategorie 3: stabiler Patient – dringliche Verlegung mit ITW , RTW oder ITH in mehr als 2 Stunden**
z.B. dringlicher arztbegleiteter Interhospitaltransport nach PCI, Weaning - Patienten, postoperative Patienten
- Kategorie 4: Überwachungspatient ohne Arzt, aber mit Rettungsassistent durch RTW**
 - KEINE ärztliche Therapie während des Transportes, aber Betreuung durch Rettungsassistent
 - Atmung und Kreislauf sowie Bewusstsein stabil
 - keine kreislaufwirksamen Medikamente oder bewusstseinseinschränkenden Medikamente in den letzten 3 Stunden
 - maximal ein Perfusor
 - Trachealkanüle nicht innerhalb der letzten 24h gewechselt, ärztlicher Wechsel nicht nötig
 - Patient nicht präfinal

Bewusstseinslage:

- ungestört
- getrübt
- bewusstlos
- sediert/Narkose

Atmung:

- Spontan ohne O2
- O2-Gabe _____ l/min
- Beatmungsform: _____

Kreislaufsituation:

- stabil in den letzten 3 h
- Instabil in den letzten 3 h
- Katecholamine

Monitoring und Therapie:

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Thoraxdrainage | <input type="checkbox"/> ECMO |
| <input type="checkbox"/> SPO2 | <input type="checkbox"/> O2-Gabe _____ l/min | <input type="checkbox"/> IABP |
| <input type="checkbox"/> ZVK | <input type="checkbox"/> Beatmungsform: _____ | <input type="checkbox"/> Zahl der Perfusoren: _____ |
| <input type="checkbox"/> Invasiver RR | | |

Bemerkungen:
