

Protokół Kwalifikacji VV ECMO

Imię i nazwisko:		OIT			
PESEL:		Data przyjęcia do OIT:			
Wiek	lat	Data przyjęcia do szpitala:			
Wzrost	cm	Płeć			
Waga	kg	BMI			
Grupa krwi	POTWIERDZONA T / N	Data ostatniego przetoczenia:			
WENTYLACJA					
data intubacji		PEEP			
ile dni wentylowany		Cstat			
tryb wentylacji		Pplat			
fiO ₂		Ppeak			
TV		f			
GAZOMETRIA					
pH		HCO ₃ ⁻	mmol/l	BE	
pO ₂	mmHg	SaO ₂		%	
pCO ₂	mmHg	Lac		mmol/l	
Wskaźnik oksygenacji					
ScvO ₂	%	Kreatynina		umol/l	
SBP	mmHg	Troponina (typ/poziom)		ng/L	
DBP	mmHg	Hb		mg/dl	
HR	/min	PLT		*10 ³ /ul	

CVP	mmHg	D-dimery	mg/l
RTG		Data ostatniego badania:	
HRCT		Data ostatniego badania:	
COVID (+)		Data pierwszego badania: Data ostatniego badania:	
ECHO		Data ostatniego badania:	
CRT		T / N Rodzaj terapii:	
Aminy		Lek Dawka	
PRONE		T / N	
SEDACJA		Leki	
NMB		T / N	
STERYDOTERAPIA		Lek + dawka Od kiedy	
NZK		T / N	
SKALE			
LIS/Murray			
PRESET			
RESP			
PRZECIWWSKAZANIA			
NIEODWRACALNOŚĆ procesu chorobowego		T / N	
Krwawienie lub ryzyko krwawienia do OUN		T / N	
Inne niekontrolowane krwawienie		T / N	
Inne p/wskazania do heparynizacji		T / N, jakie	
Wentylacja mechaniczna dłużej niż 7 dni		T / N	

.....
Podpisy lekarzy kwalifikujących