

Anmeldung zur therapeutischen Plasmapherese (TPA)

Patient:

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Dat: _____
Klinik/Station: _____

Ansprechpartner:

Name: _____
Tel: _____ Funk: _____
Geplante Anzahl: _____
Geplante Frequenz: _____
1. TPA am: _____ um: _____

Diagnose: _____

Untersuchungsbefund:

AZ: _____
Größe: _____
Gewicht: _____
Puls: _____
RR: _____
EKG: _____

Aktuelles Labor:

Hb: _____ Na: _____
Hkt: _____ K: _____
WBC: _____ Ca: _____
PLT: _____ GE: _____
Quick: _____ Albumin: _____
PTT: _____ HbsAG**: _____
AT III: _____ aHCV**: _____
Fibrinogen: _____ aHIV**: _____

** : kann bei Notfall-
indikation nach-
gereicht werden.

Klinische Angaben:

	Ja	Nein
kreislaufstabil:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
katecholaminpflichtig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beatmet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 großlumige, zentrale Zugänge*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente: _____		

*periphere Zugänge mit mind. 16G Datum

Ärztliche Erklärung:

Es bestehen nach Abwägung aller Risiken:

- keine Bedenken gegen die TPA
- folgende Probleme:

Datum

Unterschrift anford. Ärztin/Arzt