

# Neugeborenentransport - Dokumentationsbogen

<b>1. Daten des Kindes</b> <span style="float: right;">M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/></span>		
Name Kind	geboren am/um	Reife/SSW
Alter bei Anforderung	GG	Akt. Gewicht
Kostenträger	Krankenversicherungsnummer der Mutter	
Name Mutter	geb.	Stillwunsch ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Derzeitiger mütterlicher Aufenthaltsort	Tel.:	Transferpläne?
Heimat Adresse - Straße/Haus-Nr.		
PLZ/Ort	Tel.-Nr. Eltern	

<b>2. Anforderung und Entgegennahme</b>		
Akut <input type="checkbox"/> Nicht dringlich <input type="checkbox"/>		
Datum und Zeitpunkt des Anrufes		
Name des Anforderes	Telefon	Fax
Einsatzort	Station/Stockwerk	
Name des annehmenden Arztes	Telefon	Fax
Zielklinik	Station/Stockwerk	
Erstversorgung durch:		
Hebamme <input type="checkbox"/> Pädiater <input type="checkbox"/> Rettungsdienst <input type="checkbox"/> Gyn <input type="checkbox"/> Anästhesie <input type="checkbox"/>		

<b>3. Einsatzdetails</b>		Datum □□/□□/□□	Uhrzeit:	<b>4. Checkliste vor Abfahrt/Abflug</b>	
	<b>Typ:</b>	Meldung	□□:□□	Notfallkoffer geprüft und vollständig	□
Transportmittel	JTH <input type="checkbox"/>	Info RLST	□□:□□	Inkubator geprüft, gewärmt oder gekühlt	□
	ITW <input type="checkbox"/>	Abfahrt/Abflug Standort Sondersignal: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	□□:□□	Ventilator geprüft und funktioniert	□
Einsatznummer	RTW <input type="checkbox"/>		Ankunft beim Patienten	□□:□□	Sauerstoff/Luftzufuhr in Ordnung
	KTW <input type="checkbox"/>	Transport Beginn Sondersignal: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		□□:□□	Absaugung geprüft und funktioniert
Standort	RTH <input type="checkbox"/>		Übergabe Zielklinik	□□:□□	Infusionspumpen geprüft und funktionieren
	NAW <input type="checkbox"/>	□□:□□			
	LFZg. <input type="checkbox"/>	□□:□□			
	Afzg. <input type="checkbox"/>	Einsatzende	□□:□□		
Name Transport-Arzt:		Qualifikation: Arzt in Weiterbildung <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Neonatologe <input type="checkbox"/>		Institution Transportarzt falls abweichend von Zielklinik:	
Name Transport-Assistenz (A1/A2)		Qualifikation: Arzt <input type="checkbox"/> Pflege m. FachWB <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/>		Institution Transport-Assistenz falls abweichend von Zielklinik:	

<b>5. Informationen zum Patienten</b> (wer, wann, was)

## 6. Medizinische Details – Befundaufnahme bei Übernahme

Beatmet ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	CPAP ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	FiO <sub>2</sub> : SaO <sub>2</sub> :	Surfactant: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tubus: Grösse: oral <input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> Länge:	Beatmungsmodus:	PIP: PEEP:	(Atem-)Frequenz: Ti:
Letzte Blutgasanalyse Wann?:	pH pCO <sub>2</sub>	pO <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	BE Lac BZ
<b>Atemstatus - Klinische Untersuchung:</b>		Rö-Thorax ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pathologie?	Thx-Drainage rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>
Puls:	Blutdruck: invasiv <input type="checkbox"/> nicht-invasiv <input type="checkbox"/>	MAP:	Inotropika? Dopamin <input type="checkbox"/> Dobutamin <input type="checkbox"/> Epinephrin <input type="checkbox"/> Norepinephrin <input type="checkbox"/>
Temperatur:	NVK ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	NAK ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	PICC ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Peripher: zentral:	Peripherarterielle Zugänge ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ausscheidung:	
<b>Herz-Kreislaufstatus - Klinische Untersuchung:</b> inklusive Kolorit und Rekapillarierungszeit, Pathologien			
Intravenöse Flüssigkeit: mls/kg/hr	Oral:	Magensonde ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Letzte Nahrung:
Infusionen:	ml/h:	Weg (peripher/zentral/oral):	Dosierung:
Medikamente:			
<b>Neurologische klinische Untersuchung:</b> Pupillen, Vigilanz, Tonus, Spontanmotorik, Pathologien			
<u>(Verdachts-) Diagnose</u>		<u>Interventionen vor Transport:</u>	
Elternkommunikation vor Transport		<u>Weitere Dokumente mitgenommen:</u> Geburtsbogen <input type="checkbox"/> U-Heft <input type="checkbox"/> Screening Einwilligung <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>	
<b>Checkliste vor Abfahrt/Abflug:</b> Inkubator geprüft, gewärmt oder gekühlt <input type="checkbox"/> Ventilator geprüft und funktioniert <input type="checkbox"/> Tubus gesichert <input type="checkbox"/> Sauerstoff/Luftzufuhr ausreichend <input type="checkbox"/> Absaugung geprüft und funktioniert <input type="checkbox"/> Infusionspumpen geprüft und funktionieren <input type="checkbox"/> Zugänge funktionieren und sind gesichert <input type="checkbox"/> Temperatur, RR, SaO <sub>2</sub> gecheckt <input type="checkbox"/> Dokumentation vollständig <input type="checkbox"/> Mütterliches Blut für Xmatch <input type="checkbox"/> Mütterliches Blut/EBM <input type="checkbox"/> Röntgenbilder <input type="checkbox"/> Guthrie <input type="checkbox"/> Elterngespräch/ Eltern haben Kind gesehen <input type="checkbox"/> Zielklinik informiert <input type="checkbox"/>			

