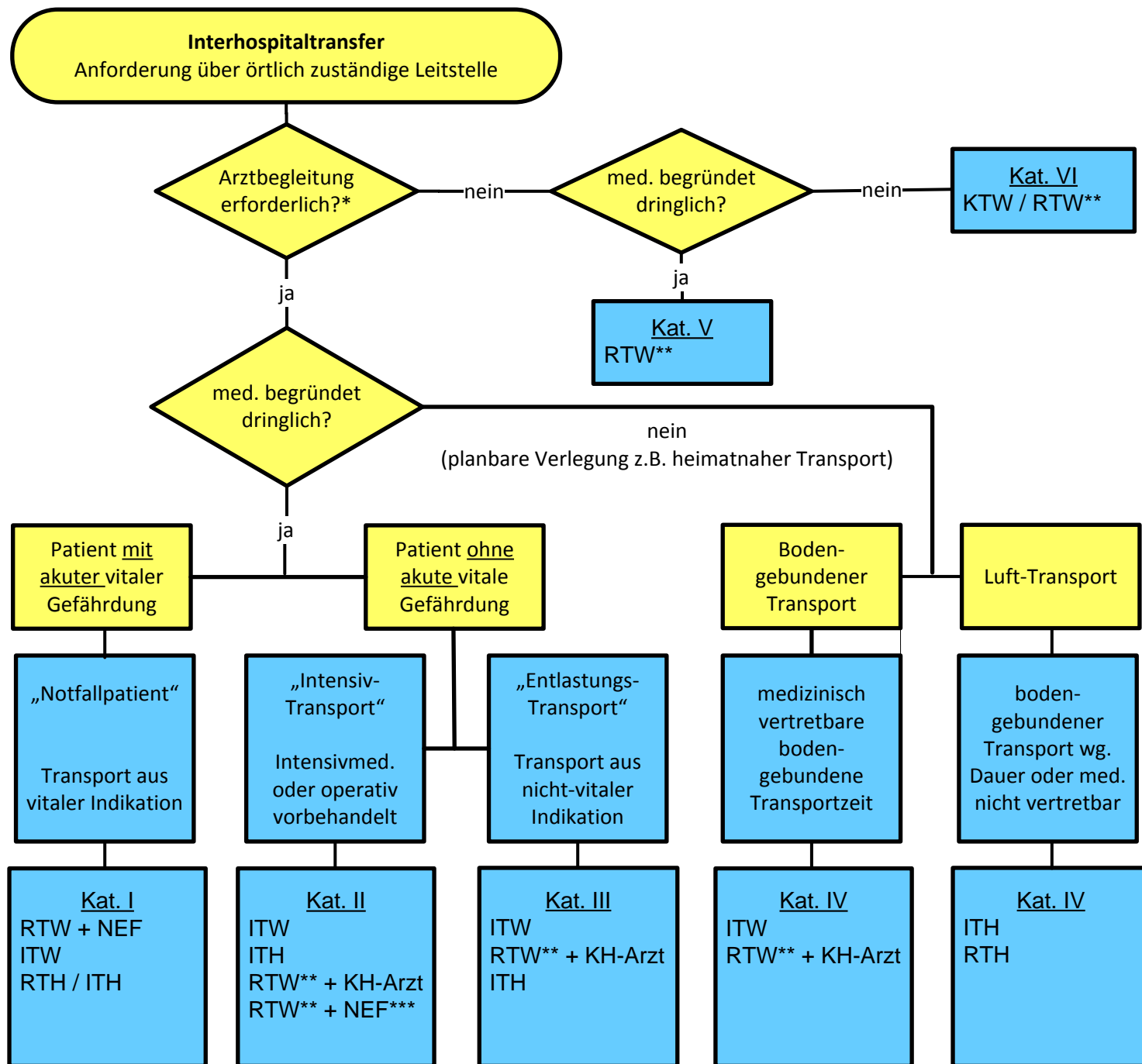


Handlungsanleitung Interhospitaltransfer (COE, MS, ST)



Legende:

- * Gemäß Empfehlung Bundesverband ÄLRD ; siehe Rückseite/Folgeseite
- ** Voraussetzung: Transport kann mit medizinischer Norm-Ausstattung der KTW/RTW des Rettungsdienstes transportiert werden
- *** NEF nur als „letztes Mittel“ im Ausnahmefall

Entscheidungshilfe Arztbegleitung Interhospitaltransfer (COE, MS, ST)

Prüfe Diagnose / Kennzeichen

Vorliegen folgender Haupt-Diagnose

- Kardiale Krankheitsbilder
 - Z.n. ST-Hebungsinfarkt mit PTCA vor > 24 Stunden [1]
 - Non-ST-Hebungsinfarkt > 24 Stunden nach Diagnosestellung und beschwerdefrei [2]
- Neurologische Krankheitsbilder
 - Schlaganfall mit stabilen Symptomen
 - Z.n. unkompliziertem epileptischem Krampfanfall
- Stromunfall mit Niederspannung und unauffälligem EKG
- Leichtes Schädel-Hirn-Trauma (nach Diagnostik)
- Keine akute Erfüllung der Verlegungskriterien in ein regionales oder überregionales Traumazentrum [3]
- Keine Todesnähe bzw. begonnener Sterbevorgang
- **Sonstige, hier nicht genannte Erkrankung/Verletzung**

Vorliegen folgender Kennzeichen

A- Atemweg

Offenheit der oberen Atemwege

Vorhandene Schutzreflexe (Entfällt bei Trachealkanüle)

Keine oro- oder nasotracheale Intubation

Bei Trachealkanüle: Trachealkanüle wurde bereits mindestens einmalig problemlos gewechselt und es besteht kein akuter Wechselbedarf.

B- Atmung

Spontanatmung ohne masch. Unterstützung (Atemfrequenz zw. 8 u.24 / min.)

Sauerstoffsättigung > 90% bei Raumluft ohne Dyspnoe

Thoraxdrainage nach erfolgter Kontrolle und ohne Sog

Heimbeatmung ohne akutes respiratorisches Defizit

C- Zirkulation

Keine anhaltende oder schwere Blutung

Kreislaufstabilität, akut keine Kreislauftherapie zu erwarten

Keine kontinuierliche intravenöse Therapie mit kreislaufwirksamen Medikamenten

Keine schwerwiegenden Arrhythmien seit >24 Stunden

Keine arterielle Blutdruckmessung

Kein passagerer Schrittmacher

D- Neurologie

Keine akute Vigilanzminderung

Keine intrakranielle Druckmessung

E- Umgebungsfaktoren

Beherrschte Schmerzsymptomatik

Diagnosen und Kennzeichen erfüllt?

Wenn 2x „ja“: Transport ohne ärztliche Begleitung möglich

Interhospital- und Spezialtransport

An die Leitstelle Münster - Fax: **0251-20258080**

Patienten-Daten: Name, Vorname: Adresse: Geb.-Datum: Kostenträger:	Transport von: Station: Anfordernder Arzt: Rufnummer:	Transport nach: Station: Ärztl. Ansprechp.: Rufnummer:
---	--	---

	Hauptdiagnose & Verletzungsgrund:
<input type="checkbox"/>	Kategorie I: Notfallpatient: Transport aus vitaler Indikation
<input type="checkbox"/>	Kategorie II: Intensivtransport: Intensivmedizinisch oder operativ vorbehandelt
<input type="checkbox"/>	Kategorie III: Entlastungstransport: Transport aus nicht-vitaler Indikation
<input type="checkbox"/>	Kategorie IV: Nicht-dringlicher Sekundärtransport Terminwunsch Datum: Uhrzeit:

Bewusstseinslage <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> (analgo-)sediert	Atmung <input type="checkbox"/> Spontanatmung <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe _____ l/min <input type="checkbox"/> Beatmung B-Modus: _____	Kreislauf <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil <input type="checkbox"/> katecholaminpflichtig
Atemwege <input type="checkbox"/> intubiert <input type="checkbox"/> Trachealkanüle	Infektion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Ansteckungsgefahr nach §6 InfSchG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Patienten-Gewicht <input type="checkbox"/> bis 150kg <input type="checkbox"/> über 150kg (Schwerlast-Transport)		

Erforderliches Monitoring <input type="checkbox"/> Standardmonitoring (EKG, RR, SpO ₂ , etCO ₂) <input type="checkbox"/> Invasive Blutdruck-Messung <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. weitere Geräte wie IABP o.ä.): Inkubator-Transport <input type="checkbox"/> Inkubator	Erforderliche Geräte <input type="checkbox"/> Sauerstoff <input type="checkbox"/> Respirator <input type="checkbox"/> Spritzenpumpe(n), Anzahl: <input type="checkbox"/> Begleitperson, Anzahl:
--	--

Datum	Uhrzeit	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift