

# 前橋赤十字病院 ECMO Transport 患者情報収集シート Ver2.0

※下記内容を確認の上、ご相談いただくとスムーズです。宜しくお願い致します。

申し込み日時 年 月 日 時 分

御紹介元病院情報		
病院名	担当科	担当医
電話番号	内線番号	FAX

患者様情報							
年齢	性別	男	女	身長	m	体重	kg
キーパーソン：				ADL			
診断：							
現病歴（紹介理由） ※出血性病変の有・無							
既往歴							
人工呼吸器使用日数		日		人工呼吸器モード		FiO2	
PIP	PEEP	f	Tv	P- Peak			
BGA：	pH	PaCO2	PaO2	BE	SaO2	Lac	HCO3
バイタル： HR		BP	SpO2	CVP	PAP		
循環作動薬： DOA：		γ、DOB：	γ、Nad：	γ、Adr：	γ		
その他薬剤：							
鎮痛・鎮静： プロポフォール ミダゾラム デクスメデトミジン フェンタニル 筋弛緩（使用日数）							
ルート（種類/場所）							
三方活栓形状：		ロック式	スリット式				
シリンジポンプ：				台	輸液ポンプ：		台
血液 データ	WBC	CRP	Hb	Plt	Fib	DD	FDP
	APTT	INR	AT	Alb	BiL	BUN	Cre
感染症： HCV ・ HBV ・ HCV ・ HIV ・ 梅毒 ・ その他							
アレルギー：		有 ・ 無	アレルゲン：				
輸血制限：		有 ・ 無	（免疫学的・宗教学的）				
血管アクセス制限：		有 ・ 無	場所	理由			
ECMO使用機器：		使用カニューレ：		ECMO	日目		
ECMO回転数：		ECMO流量：	Sweep gass (Fio2/流量)		/		
送血/部位/サイズ：				脱血/部位/サイズ：			