

KONTROLLE DER EINSATZSTELLE

Arbeitsfläche ausreichend?	Gefahren an der Einsatzstelle?	Licht ausreichend?	Schutzausrüstung ausreichend?
Ja ☐	Ja ☐	Ja ☐	Ja ☐
Nein ☐	Nein ☐	Nein ☐	Nein ☐

Anzahl ☐

SUPRA SCHOCK AMIODARON

	SUPRA	SCHOCK	AMIODARON
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Prüfe Maßnahmen:

Feedback-Sensor angeschlossen?	Metronom-Rhythmus?	Sauerstoff 100% angeschlossen?	Kapnometrie angeschlossen?
Ja ☐	Ja ☐	Ja ☐	Ja ☐
Nein ☐	Nein ☐	Nein ☐	Nein ☐

Medikamentenplan

Ja ☐	Nein ☐
-----------------------------	-------------------------------

Arztbrief

Ja ☐	Nein ☐
-----------------------------	-------------------------------

Patientenverfügung

Ja ☐	Nein ☐
-----------------------------	-------------------------------

E-CPR Kriterien (ECMO):

Beobachteter Kreislaufstillstand?	(Laien)Reanimation erfolgt?	Schockbarer Rhythmus?	Biologisches Alter?
Ja ☐	Ja ☐	Ja ☐	Ja ☐
Nein ☐	Nein ☐	Nein ☐	Nein ☐

Contra-Kriterien

- Biologisches Alter > 65 oder Gebrechlichkeit
- Inadäquate Wiederbelebensmaßnahmen?
- Komorbiditäten mit stark reduzierter Lebenserwartung? (z.B. Tumor, Demenz etc.)
- Prolongierte CPR unter Asystolie * Einschränkung Hypothermie

Pro- Kriterien erfüllt+ keine Contra Kriterien? Rücksprache MHH, im Zweifel immer Rücksprache!

CHECKLISTE REVERSIBLE URSACHE

☐ Hypoxie
☐ Hypovolämie
☐ Hypo-/Hyperkaliämie/metabolisch
☐ Hypo-/Hyperthermie
☐ Herzbeuteltamponade
☐ Intoxikation
☐ Thrombose (kardial oder pulmonal)
☐ Spannungspneumothorax

CHECKLISTE TRAUMA- REANIMATION

☐ Vital bedrohende Blutung stillen
☐ beidseitige Thoraxentlastung
☐ Beckenschlinge (beachte S-KIPS Schema)
☐ Erwäge bei Expertise:
z.B. FAST-Sonographie

Ergänzende Handlungsfelder:

Zugang für Transport ausreichend gesichert?

☐ JA
☐ NEIN
☐ NICHT RELEVANT

Sonographie eingesetzt?

☐ JA
☐ NEIN
☐ NICHT RELEVANT

Reanimationsregister wird ausgefüllt?

☐ JA
☐ NEIN
☐ NICHT RELEVANT

Notizen:

MESSWERTE

Kapnometrie (etCO₂)

Blutzucker (mg/dl)

Temperatur

Pupillen

re li

Eng

Mittel

Weit

Entrundet

CHECKLISTE 10 für 10- nur CPR wird fortgesetzt!

Wie ist der Zustand des/ der Patient*in?

☐ ROSC
☐ Asystol/PEA
☐ Kammerflimmern/PVT

Checkliste reversible Ursache abgeschlossen?

☐ JA
☐ NEIN

Alle notwendigen Maßnahmen sind ausgeführt?

Abhaken

☐ X
☐ A
☐ B
☐ C
☐ D
☐ E

Rücksprache mit MHH ECMO-Team durchgeführt?

☐ JA
☐ NEIN
MHH ECMO-TEAM 0176/15322146

Bei ROSC passt Zielklinik zur notwendigen Therapie?

☐ JA
☐ NEIN

Teamorganisation für den Transport erfolgt?

☐ JA
☐ NEIN

Fremdanamnese/ SAMPLER(S)

Symptome

Allergien

Medikamente

Patientengeschichte

Letzte Mahlzeit

Ereignis

Risikofaktoren

Schwangerschaft

CHECKLISTE WIRD DEM NEF ÜBERGEBEN> nach Einsatz an LPAL weiterleiten!

Seite 2