

Rettungsdienstlicher Verlegungstransport Stadt Aachen

Leitstelle Fax 0241 / 512527

Anforderungsdatum: _____ Uhrzeit: ____:____

Patientenname: _____

Vorname: _____ weibl. männl.

Geburtsdatum: ____-____-____

Kostenträger: _____ Kostenübernahme geklärt **ja** **nein**

Transportmittel: RTW RTW+Notarzt Intensivmobil ITH

Abgebendes Krankenhaus: _____ Station _____

Ansprechpartner: _____ Tel.Nr.: _____

Aufnehmendes Krankenhaus: _____ Station _____

Ansprechpartner: _____ Tel.Nr.: _____

Transportdatum: ____-____-____

Nicht aufschiebbarer Transport

Transport < 30 min (sofort)
Transport < 2 h (dringend)

aufschiebbarer Transport

Transport < 24 h (Tagesverlauf)
Transport > 24 h (Folgetage)

Zustand des Patienten

Diagnose: _____

Gewicht (KG) _____ Größe (cm) _____

Infektion ja / nein _____ welche _____

CITS: Critically ill transport Score

Punkte

(Be-) Atmung	nicht intubiert, spontan und suffizient atmend mit oder ohne Sauerstoffinsufflation	1	
	intubiert, kontrolliert beatmet; Beatmungsform: IPPV oder CPPV und FiO2 ≤ 0,3	2	
	assistiert o. kontrolliert beatmet; FiO2 ≥ 0,3 o. differenzierte Beatmungsform (Intensiv-Respirator)	3	
Kreislauf	stabil, RR _{syst} > 100 mmHg ohne Katecholamine	1	
	kompensiert instabil: katecholamintherapie, RR _{syst} > 100 mmHg	2	
	dekompensiert instabil: Katecholamintherapie, RR _{syst} < 100 mmHg	3	
Bewusstsein	wach und orientiert	1	
	getrückt oder sediert	2	
	bewusstlos oder narkotisiert	3	
Verlauf	in den letzten 24 h stabil oder Zustandsverbesserung	0	
	in den letzten 24 h Zustandsverschlechterung oder Verlegung zur Spezial Therapie	1	
Summe			

Perfusoren ___ Anzahl invasive Druckmessung: ja nein Intensivrespirator ja nein

Bemerkungen: _____

Unterschrift: _____