

Protokół Kwalifikacji
ECMO VV
OIT NSSU

Imię i nazwisko		OIT	
Wiek	lat	Data przyjęcia do OIT:	
		Data przyjęcia do szpitala:	
Wzrost	cm	Płeć	
Waga	kg	BMI	
Grupa krwi	POTWIERDZONA T/N	Data ostatniego przetoczenia	
WENTYLACJA			
data intubacji			
ile dni wentylowany			
tryb wentylacji			
fiO2			
TV			
f			
PEEP			
Cstat			
Pplat			
Ppeak			

GAZOMETRIA

pH	
pO2	
pCO2	
BE	
HCO3	
SaO2	
Lac	
Wskaźnik oksigenacji	
ScvO2	
SBP	
DBP	
HR	
CVP	
Kreatynina	
Troponina I	
Hb	
PLT	
D-dimery	

RTG	Data ostatniego badania:
HRCT	Data ostatniego badania:
COVID (+)	Data pierwszego badania: Data ostatniego badania:
ECHO	Data ostatniego badania:
CRT	T / N Rodzaj terapii:
MONITOROWANIE	
CO	
SVRI	
EWLVI	
Aminy	Lek Dawka
PRONE	T / N
SEDACJA	Leki
NMB	T / N
STERYDOTERAPIA	Lek + dawka Od kiedy
NZK	T / N
SKALE	
LIS/Murray	
PRESET	
RESP	

PRZECIWWSKAZANIA

NIEODWRACALNOŚĆ procesu chorobowego	T / N
Krwawienie lub ryzyko krwawienia do OUN	T / N
Inne niekontrolowane krwawienie	T / N jakie
Inne p/wskazania do heparynizacji	T / N jakie
Wentylacja mechaniczna dłużej niż 7 dni	T / N