

MyAirvo

Persönliche Daten:

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht:	_____
Straße	_____	PLZ / Ort	_____
Telefon	_____		_____
Krankenkasse	_____	Ansprechpartner	_____
	_____	PLZ / Ort	_____
Straße	_____	Fax	_____
Telefon	_____	E-mail	_____
Vers. Nr.:	_____		_____
Kontakt (F&P)	_____		_____
Kontakt (OxyCare)	_____		_____
Datum	_____	Unterschrift	_____

Patient befindet sich:

<input type="checkbox"/> Zu Hause	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege

Überleitung aus:

Krankenhaus _____
 Station _____
 Ansprechpartner _____
 Behandelnder Arzt _____
 Telefon _____
 E-Mail _____

Kurzzeitpflege / Pflegeheim:

Pflegeheim _____
 Ansprechpartner _____
 Station _____
 Behandelnder Arzt _____
 Telefon _____
 E-Mail _____

Niedergelassener Arzt / Behandelnder Arzt:

Arzt _____
 Straße _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon _____
 E-Mail _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon _____
 E-Mail _____

 Unterschrift des Arztes (bitte mit Stempel)

MyAirvo

Datum: _____ Patientenname: _____ Seite: _____

Pathophysiologie

Sekretretention durch:

- Vermehrte Sekretbildung
- Verminderte mukoziliäre Clearance
- ineffektiver od. fehlender Hustenreiz / Hustenstoss
- Rezidivierende Aspiration von Speichel
- Schleimhautverletzung der Atemwege durch Absaugung

Risikofaktoren

Pulmonale Erkrankung

- Bronchitis
- Tracheitis
- COPD
- Asthma
- Zystische Fibrose
- Bronchiektasen
- Mukoviszidose
- sonstige Ursachen _____

Systemische Erkrankungen

- Linksherzinsuffizienz
- Niereninsuffizienz
- Gerinnungsstörungen

Potentielle Schädigungen

Liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche verlaufende Erkrankung vor?

Ja nein

Wenn ja, durch: _____

Liegt eine lebensbedrohlichen oder tödlichen Erkrankung gleichgestellte Schädigung von Körperstruktur / Körperfunktionen (z.B. Schädigung des Zilienepithels, Atelektasenbildung, Infektionen usw.) vor?

ja nein

Wenn ja, durch: _____

Droht eine irreversible Behinderung / Pflegebedürftigkeit ja nein

Wenn ja durch: _____

 Unterschrift des Arztes (bitte mit Stempel)

MyAirvo

Datum: _____ Patientenname: _____ Seite: _____

Bisheriger Verlauf und Begleittherapie

	<u>Zeitraum</u>	<u>Ergebnis</u>
<u>Physikalische Sekretolyse</u>		
<input type="checkbox"/> Inhalation		
<input type="checkbox"/> Vibration		
<input type="checkbox"/> Lavage		
<input type="checkbox"/> Mobilisation / Lagerung		
<input type="checkbox"/> PEP Husten		
<input type="checkbox"/> Hauchen / Huffen		
<u>Sekretentfernung</u>		
<input type="checkbox"/> Absaugung		
<input type="checkbox"/> Bronchioskopie		
<input type="checkbox"/> PEP Husten		
<input type="checkbox"/> Hauchen / Huffen		
<input type="checkbox"/> Hustenunterstützung manuell		
<input type="checkbox"/> Hochfrequenz - Brustwand - Kompression		
<input type="checkbox"/> In- / Exsufflator		
<input type="checkbox"/> Air stacking (Luft stapeln)		
<u>Medikamentöses Sekretmanagement</u>		
<i>Behandlung der Grunderkrankung</i>		
<input type="checkbox"/> Antibiotika		
<input type="checkbox"/> Antiinflammatorische AM		
<input type="checkbox"/> Antiobstruktive AM		
<input type="checkbox"/> AM gegen Begleiterkrankung		
<i>Mukoaktive Therapie</i>		
<input type="checkbox"/> Mukolytika		
<input type="checkbox"/> Expectorantien		
<input type="checkbox"/> Surfactant / Ambroxol		

Kommentare und Überlegungen

 Unterschrift des Arztes (bitte mit Stempel)

MyAirvo

Datum: _____ Patientenname: _____ Seite: _____

Bisheriger Verlauf

- Menge des Bronchialsekrets _____
- Kann das Sekret abgehustet abgesaugt werden?
- Absaugung pro Tag _____
- Konsistenz d. Bronchialsekrets fest flüssig borkig schaumig zäh
- Beimengungen von Eiter Fötör Mibi Farbe _____
- Beimengungen von Blut alt frisch Koagel
- Liegen Belüftungsstörungen/ Atelektasen vor - Ausmaß der bronchialen Obstruktion ?
 ja nein
- Liegen Schluckstörungen vor? ja nein

Art der Versorgung

- Nasenbrille _____
- O2 - Maske _____
- CPAP Maske _____
- Tracheostoma _____
- O2 Konzentrator _____
- Heimbeatmungsgerät _____
- CPAP Gerät _____
- NHF - System _____
- Atemgaskonditionierung HME HH (Aktivbefeuchtung)
 wenn HH welches System? _____

Kommentare und Überlegungen

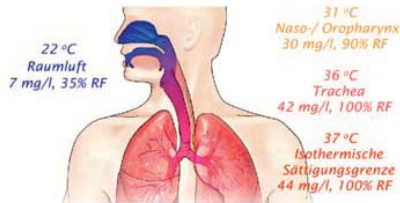
 Unterschrift des Arztes (bitte mit Stempel)

MyAirvo

Datum: _____ Patientenname: _____ Seite: _____

Physiologie

Inspiration - Gaskonditionierung



Nasal / Maske: eingeatmetes Gas wird auf 31°C und 30mg AF konditioniert --> bei hohem Fluss Überbeanspruchung der Schleimhaut

Trachealkanüle: TK liegt oberhalb der Bifurkation - hier hat eingeatmetes Gas normalerweise 36°C und 42mg AF --> Applikation von kaltem Gas (z.B. durch O2 Konzentrator lässt Schleimhaut und somit Sekrete trocknen und führt zu u.g. Problemen (siehe Ziel)

MyAirvo

Leistungsstarker, Temperatur – und Flowgesteuerter Befeuchter mit integriertem Durchflussgenerator
 100% relative Feuchte bei Körpertemperatur (37°C)
 Präzise, praktische FiO2 Abgabe von 21 – 60%
 Breiter Durchflussbereich (15 – 45L/Min) mit automatischem Ausgleich von Veränderungen im Integrierte Sauerstoffmischung
 Trocknungsmodus – das System trocknet sich nach jedem Gebrauch selbst, Dauer 99 min., danach schaltet Supertrockenmodus: Patientenschlauch u. Schnittstelle werden erwärmt und getrocknet und

Ziel

Applikation von Gasen mit Körperkerntemperatur und 100% relativer Feuchtigkeit zur Aufrechterhaltung der maximalen Clearance und optimalem Sekretmanagement zur Vermeidung von:

- Schädigung des Zilienepithels
- Bronchiektasen
- Atelektasen
- Pneumonien
- exacerbierte COPD
- ARDS
- okklusionen der TK
- Bronchitiden
- erhöhte Atemarbeit
- Atemnot
- Asthmatische Beschwerden
- Lungenemphysem
- _____

Kommentare und Überlegungen

 Unterschrift des Arztes (bitte mit Stempel)

MyAirvo

Datum: _____ Patientenname: _____ Seite: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass die **Firma, Straße Hausnummer, PLZ, Ort** meine personenbezogenen Behandlungsdaten und Befunde einsieht, erhebt und verarbeitet. Ich ermächtige hiermit meine behandelnden Ärzte, die Mitarbeiter der medizinischen Einrichtungen und Pflegedienste alle für die Behandlung und Kostenerstattung durch meine Krankenkasse notwendigen Auskünfte zu erteilen.

Die Übermittlung meiner Daten an Dritte zu Zwecken der Therapie oder zu Zwecken der Kostenerstattung wird ausdrücklich genehmigt.

Ich willige zusätzlich in die anonymisierte Weiterverarbeitung meiner Behandlungsdaten, auch zur Veröffentlichung zu wissenschaftlichen Zwecken, ein. Mir ist bekannt, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die **Firma** Kontakt mit meiner Krankenkasse aufnehmen wird, um die Erstattung der Kosten für die Behandlung mit dem MyAirvo System zu klären

Krankenkasse _____ Vers. Nr.: _____

Name Patient(in)

Datum

Unterschrift

Gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

Unterschrift _____