

**Mit HMV-Nr.
 14.24.09.0031**

OXYvent Cube 30 ATV

- nicht-invasives Beatmungsgerät -

Der OXYvent Cube 30 ATV ist ein nicht-invasives Beatmungsgerät zur nicht-lebenserhaltenden Beatmung von spontan atmenden Patienten mit einem Körpergewicht ab 13kg. Besonders erwähnenswert ist das einzigartige Design und die einfache Bedienung des Gerätes - **made in Germany**.

● Indikationen

- COPD
- Neurologische, muskuläre und neuromuskuläre Beschwerden, wie z.B Zwerchfellparese
- Restriktive Ventilationsstörungen, wie z.B. Skoliose, Thoraxdeformitäten
- Zentrale Atemregulationsstörungen
- Obstruktive Schlafapnoe (OSA)

● Vorteile auf einen Blick

- Klares, funktionelles und leicht zu bedienendes Design
- Optimale Übersicht und hohe Bedienerfreundlichkeit durch das große 4,3" Farbdisplay
- Flowbasierende Trigger mit hoher Empfindlichkeit und zusätzlicher Fehltrigger-Erkennungsfunktion
- Moderne Zielvolumenfunktion - sowohl Atemzug als auch Minutenvolumen basierend einstellbar
- Triggersperrzeit einstellbar
- Umfangreiches Alarmmanagement
- Zwei einstellbare Beatmungssettings
- Herstellung und Entwicklung nach höchsten deutschen Qualitätsstandards
- Echtzeitgrafik mit Autozoom

● Technische Daten

Beatmungsmodi	CPAP, BiLevel S/PSV-S, BiLevel T/PCV, BiLevel ST/PSV, APCV
Druckbereich	3 bis 30 mbar
CPAP-Druckbereich	3 bis 20 mbar
Zielvolumen	200 bis 2.000 ml
Zielminutenvolumen	2.000 - 15.000 ml
Trigger	Insp.: 5 Stufen, exp.: auto, manuell 70-30%
Triggersperrzeit	0,3 - 8 Sek.
Volumenabsicherung	Zielvolumen: 200 - 2.000ml, Zielminutenvolumen: 2.000 - 15.000ml



**Zielvolumen und
 Zielminutenvolumen
 einstellbar!**

● Lieferumfang

- 15mm Schlauchsystem
- Netzkabel
- Feinfilter
- Grobstaubfilter
- Transporttasche
- Bedienungsanleitung
- Gerät

Optional

- Atemluftbefeuchter

**Pulsoxymeter
 OXY310**



Kasse		
Name / Adresse des Versicherten		
		geb. am:
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.!!!!*	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

VERORDNUNG

medizintechnischer Hilfsmittel
für Langzeitbeatmungspatienten
- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -
zur Vorlage bei der Krankenkasse

* **unbedingt angeben**

Diagnose	Vertragsarztstempel <u>mit Unterschrift</u>	Ansprechpartner Patient / Angehöriger
		Telefonnummer Patient / Angehöriger
Voraussichtliches Entlassungsdatum:		Datum

Für den oben genannten Patienten ist eine weiterführende Therapie/Überwachung mit nachfolgendem Hilfsmittel(n) angezeigt. Die unten angegebenen Therapiewerte werden vom Patienten gut toleriert.

<input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> lebenserhaltend	<input type="checkbox"/> OXYvent Cube 30 ATV	<input type="checkbox"/> BackUp-Gerät erforderlich
<input type="checkbox"/> Nicht invasiv	<input type="checkbox"/> prisma VENT z.B. prisma VENT30/40/50	<input type="checkbox"/> Akku erforderlich
<input type="checkbox"/> Invasiv	<input type="checkbox"/> Ventilogic z.B. VentilogicPlus/ LS	<input type="checkbox"/> Mit Doppelschlauchsystem (z.B. Ventilogic LS)
<input type="checkbox"/> Nasaler Highflow	<input type="checkbox"/> BiPAP A40	<input type="checkbox"/> Atemluftbefeuchter
<input type="checkbox"/> prisma VENT50-C (Löwenstein) mit prisma VENTAqua	<input type="checkbox"/> Trilogy z.B. Trilogy 100/ 200/ Evo	<input type="checkbox"/> Atemluftbefeuchter extern (z.B. HC 550)
<input type="checkbox"/> MyAirvo2 (Fisher & Paykel)	<input type="checkbox"/> Astral 150	<input type="checkbox"/> Beheizbares Schlauchsystem
<input type="checkbox"/> Hayek RTX Kürass-Beatmung Nach dem Prinzip der eisernen Lunge	<input type="checkbox"/> Stellar 150	
<input type="checkbox"/> Kürass & Dichtung Gr.		

<input type="checkbox"/> Tubus/ Trachealkanüle (Low-Pressure-Cuff) Typ	Größe
<input type="checkbox"/> Maskentyp:	Maskengröße:
<input type="checkbox"/> Highflow-Nasenbrille Gr.	
<input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel mit Maske Gr.	<input type="checkbox"/> Einwegbeatmungsbeutel <input type="checkbox"/> Wiederverwendbar/autoklavierbar

<input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffadapter
<input type="checkbox"/> O ₂ -Konzentrator l/min	<input type="checkbox"/> O ₂ -Flüssigsauerstoff l/min. bzw. FIO₂ %
<input type="checkbox"/> Absauggerät <input type="checkbox"/> netzabhängig <input type="checkbox"/> netzunabhängig	
<input type="checkbox"/> 100 St. Absaugkatheter Größe: CH	<input type="checkbox"/> Fingertip: St.
<input type="checkbox"/> Zusätzliches subglottisches Absauggerät erforderlich (z.B. proCuff S oder proCuff M)	

Weitere rezeptierungspflichtige Ausstattung: (z.B. Patientenmonitoring)

<input type="checkbox"/> Pulsoxymetrie	<input type="checkbox"/> Kapnometrie	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf Monitoring	<input type="checkbox"/> _____
---	---	---	--------------------------------

Beatmungsmodus und Therapiewerte: <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> VCV <input type="checkbox"/> APCV <input type="checkbox"/> S/ST BiLevel <input type="checkbox"/> AVAPS-AE <input type="checkbox"/> AirTrap Control		
<input type="checkbox"/> Andere.....		
<input type="checkbox"/> zweiter auswählbarer Modus erforderlich:	<input type="checkbox"/> LIAM	<input type="checkbox"/> Highflow
<input type="checkbox"/> Diskonnektions- und Leckagealarm notwendig!		
IPAP mbar	Backup-Frequenz /min	Insp. Flow l/min.
PEEP/ CPAP mbar	Zielvolumen	Druckanstieg (Rampe):
Frequenz /min	Triggersperrzeit	Insp. Zeit Rampe _{insp.}
i Trigger	Highflow: l/min Temp.:	Exp. Zeit Rampe _{exp.}
e Trigger		Exp. / Widerstand
I / E Verh.		
Beatmungs-Therapie über Std./Tag erforderlich!		
Weitere Angaben entnehmen Sie bitte dem aktuellen Beatmungsprotokoll (Kopie beigelegt)!		