



4. Bildgebung (falls vorhanden)

Abdomen-Sonographie: Ja Nein

Beschreibung:

.....
.....
.....
.....

Abdomen-Röntgen: Ja Nein

Beschreibung:

.....
.....
.....
.....

Thorax-Röntgen: Ja Nein

Beschreibung:

.....
.....
.....
.....

Thorax-CT: Ja Nein

Beschreibung:

.....
.....
.....
.....

Abdomen-CT: Ja Nein

Beschreibung:

.....
.....
.....
.....



5. Therapie

Orale Ernährung Ja Nein

Infusionen: Ja Nein

Wenn ja: Art der Infusion:
Menge:(ml)

Enterale Ernährung (Sonde): Ja Nein

Wenn ja: naso-gastral / naso-jejunal
Ernährung:
Menge:..... (ml)
Verdünnung: Ja Nein

Schmerztherapie: Ja Nein

Wenn ja: Gabe: oral / enteral / intravenös / epidural
Name des Medikaments:.....
Dosierung:.....
Wie lange (Tage):.....

Antibiotikatherapie: Ja Nein

Wenn ja: Gabe: oral / enteral / intravenös
Name des Medikaments:.....
Dosierung:.....
Wie lange (Tage):.....

Insulin: Ja Nein

Wenn ja: Name des Medikaments:.....
Dosierung:.....
Wie lange (Tage):.....

Intensivmedizin: Ja Nein

Wenn ja: Ursache (Ventilation, Vasopressortherapie, etc.):.....
Wie lange (Tage):.....

Sonstiges:

Wenn ja:
Bitte notieren/beschreiben:.....
.....
.....
.....





6. Komplikationen

Pankreas: Ja Nein
Wenn ja: Flüssigkeitsansammlungen / Pseudozyste/ Nekrose/ Diabetes

Organversagen: Ja Nein
Wenn ja: Lunge /Herz/ Niere /Andere

Dauer des Organversagens: <48 hours >48 hours

Tod: Ja Nein

NOTIZEN

.....
.....
.....
.....
.....

DATUM:

JAHR: MONAT: TAG:.....

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin:Unterschrift:.....

