

Klinik: Abteilung: Datum:
Ihr Name: Ihre Funktion:
Patient-Alter: Geschlecht: Akt. Diagnose:
CytoSorb Behandlungstage: Anzahl Adsorber: CytoSorb Ø-Stunden/Tag:
Wesentliche Vorerkrankungen:
CytoSorb Behandlung wegen:
Art der Behandlung: Hämo-perfusion CRRT HLM Identifikationscode:

Klinischer Verlauf bis zur Anwendung der CytoSorb®-Therapie

Bitte beschreiben Sie kurz, möglichst nach Organsystemen getrennt, den klinischen Verlauf bis zum Einsatz der CytoSorb-Therapie.

Hämodynamik:

Atmung:

Nierenfunktion:

Infektions/Inflammations-
parameter:

Indikation zum Einsatz der CytoSorb®-Therapie

Aus welchen Gründen haben Sie sich zum Einsatz der CytoSorb-Therapie entschlossen (z.B. "progrediente Katecholaminpflichtigkeit" oder "präemptiver intraoperativer Einsatz"?)

Für die extrakorporale Zirkulation eingesetztes System (Hersteller/Typ):

Verlauf nach Beginn der CytoSorb®-Therapie

Bitte beschreiben Sie den weiteren Verlauf unter Einsatz des CytoSorb-Adsorbers. Bitte unterscheiden Sie so konkret wie möglich zwischen den folgenden Organfunktionen:

Hämodynamik:

Atmung:

Nierenfunktion:

Infektions/Inflammations-
parameter:

Klinische Beurteilung der CytoSorb®-Therapie

Welche klinischen Effekte haben Sie durch die Anwendung der CytoSorb-Therapie in diesem speziellen Fall sehen können?

Praktische Handhabung der CytoSorb Therapie

Wie beurteilen Sie die praktische Handhabbarkeit der CytoSorb®-Therapie? Bitte geben Sie auch eventuelle Verbesserungsvorschläge an:

Zusammenfassende Bewertung

Wie beurteilen Sie die CytoSorb®-Therapie insgesamt? Bitte geben Sie auch möglicherweise aufgetretene unerwünschte Effekte an. Im Falle eines ausgebliebenen oder schwächer als erwarteten Therapiererfolges: Was war Ihrer Ansicht nach die Ursache hierfür?