



SOP Innerklinischer Transport kritisch kranker Patienten

Transportrisiken

Respiratorische Insuffizienz

- bei nicht beatmeten Patienten: Flache Lagerung → Atelektasen, Übelkeit/Erbrechen, Aspiration, evtl. Notwendigkeit einer Intubation
- bei beatmeten Patienten: s.o. & Wechsel des Beatmungsgerätes, Tubusdislokation, akzidentelle Extubation

Kardiozirkulatorische Insuffizienz

- Stress, Schmerzen, akzidentelle Unterbrechung der Katecholaminzufuhr
- Verlust von Kathetern, Drainagen (Cave: EVD, Thoraxdrainagen) bei Lagerungsmanövern

Sonstiges

- Zusätzlicher Bedarf an Analgetika, Sedativa
- Eingeschränkte Überwachungs- und Behandlungsbedingungen
- Betriebsinterne Transportprobleme (Wartezeiten, Fahrstuhl, ...)

Voraussetzungen

Adäquate Planung & Kommunikation mit dem Personal am Transportziel

Verlegende ITS

- Hämodynamisch instabile Pat. müssen vor Transport stabilisiert werden
- Respiratorisch insuffiziente u./o. aspirationsgefährdete u./o. somnolente Pat. müssen ggf. intubiert werden

Transportteam

- Bestehend aus Arzt & Pflegekraft mit Erfahrung in Intensiv-/Notfallmedizin und Atemwegsmanagement/CPR

Übergabegespräch

- Intensivarzt – transportbegleitender Arzt am Patientenbett
- Identifikation des Patienten
- Kenntnis der aktuellen Krankheitssituation, Stabilität/Instabilität der hämodynamischen & respiratorischen Funktion, der Medikation, bestehender Allergien (CAVE! KM-Allergie!)
- Überprüfung der notwendigen Medikation (Katecholamine, Sedativa; ausreichende Menge?)
- Antizipation möglicher Komplikationen → prophylaktische Mitnahme von Medikamenten
- Sicherung aller i.v.-/i.a.-Zugänge, Drainagen, EVD



SOP Innerklinischer Transport kritisch kranker Patienten

Kardiozirkulatorische Überwachung

- NBP, IBP, EKG

Respiratorische Überwachung

- SpO₂, Kapnographie bei beatmeten Patienten
- Überprüfung der Alarmgrenzen am Monitor bzw. Beatmungsgerät
- Nicht beatmete Patienten erhalten eine O₂-Applikation per Sonde o. Maske
- Beatmete Patienten (insbesondere hoch invasiv beatmete) mit Vorlauf auf Transportbeatmungsgerät umstellen (Cave! Oxygenierungsstörung)
- O₂-Vorrat beachten!

Mitnahme des Transport-Notfall-Rucksacks

- Medikamente: Akrinor, Atropin, Noradrenalin, Adrenalin, Amiodaron, Midazolam, Propofol, Succinylcholin, Glukose 40%, NaCl 0,9%, Ampuwa
- Infusionslösungen: Jonosteril, Volulyte 6% HES, Glukose 5%
- Spritzen, Kanülen, NBP-Manschette, Stethoskop, i.v.-Zugänge, Desinfektionsmittel, Infusionsbesteck, O₂-Reservoirmaske, AMBU-Beutel, komplettes Intubationsbesteck, Handabsaugpumpe, Absaugkatheter, Larynxtrachealtubus, Gum Elastic Bougie

- **Während des Transports bzw. der Intervention müssen Transportmonitor mit Vitalparametern und Transportbeatmungsgerät einsehbar sein!**
- **Zusätzlich klinische Überwachung unerlässlich!**
- **Dokumentation → Ausfüllen eines Anästhesieprotokoll**

Transport von Patienten mit intrakranieller Hypertension

- Vertiefung der Analgosedierung & ggf. Relaxierung
- Auf ausreichenden zerebralen Perfusionsdruck achten
- Sorgfältige Einstellung der Beatmungsparameter (Ø Hypoxie, Ø Hyperkapnie) ggf. BGA
- Transport mit erhöhtem Oberkörper, Kopf in Mittellinienposition; Flachlagerung vermeiden
- EVD während des Transports verschließen; ggf. ICP-Messung & Liquordrainage durchführen
- Osmodiuretika bereithalten

MRT

- Besonderheiten beachten (Magnete, Metall, etc.)
- Auf Überwachungsmonitor im MRT wechseln (NIBP manuell einstellen)
- Beatmungsgerät (...)