

FORMULARZ KWALIFIKACJI PACJENTA DO LECZENIA METODĄ VV-ECMO

Imię i nazwisko pacjenta:		Numer księgi głównej:
PESEL:		Szpital:
Masa ciała:	Wzrost:	Oddział:
Rozpoznanie główne: (ICD – 10)		Choroby współistniejące: (ICD – 10)

1. Data i godzina zgłoszenia:
2. Imię i nazwisko lekarza zgłaszającego:
3. Wskazania do konsultacji z ośrodkiem VV-ECMO
 - Wskazania bezwzględne (w przypadku stwierdzenia braku jednego z poniższych stanów pacjent nie zostanie zakwalifikowany do terapii ECMO)
 - pacjent z rozpoznaniem COVID-19, u którego wskaźnik oksygenacji (PaO_2/FiO_2) jest niższy niż 150 mmHg, pomimo zastosowania przynajmniej jednej z poniższych interwencji:
 - ułożenia pacjenta na brzuchu (prone position) do 12 h w ciągu doby
 - ciągłej blokady nerwowo-mięśniowej
 - rekrutacji pęcherzyków płucnych przy użyciu wysokich ciśnień PEEP
 - zastosowania wziewnych leków rozszerzających naczynia płucne
 - $PaO_2/FiO_2 < 80$ mmHg przez ≥ 3 godziny pomimo VT 6 ml/kg i PEEP ≥ 5 cm H₂O i stosowania rekrutacji pęcherzyków płucnych
 - pH $< 7,25$ przez ≥ 3 godziny (kwasica oddechowa)
 - Wskazania względne
 - pH $< 7,2$ i $PaCO_2 > 80$ mm Hg
 - podatność statyczna $< 0,5$ ml/kg/cm H₂O
 - dodatkowo ciśnienie wdechowe > 40 cm H₂O, przy objętości oddechu ≤ 6 ml/kg
 - w badaniu RTG: rozległe zaciemnienia przynajmniej w dwóch kwadrantach płuc
4. Przeciwwskazania do terapii ECMO (w przypadku stwierdzenia jednego z poniższych stanów pacjent nie zostanie zakwalifikowany do terapii ECMO)
 - wentylacja inwazyjna z $FiO_2 > 0,6$ przez czas przekraczający 7 dni
 - ciężka choroba układowa o niepomyślnym rokowaniu
 - nieodwracalne uszkodzenie centralnego układu nerwowego (encefalopatia, demencja)
 - marskość wątroby w wodobrzuszu i krwawienie z żyłaków przełyku w wywiadzie
 - nowotwór złośliwy o złym rokowaniu
 - patologia układu oddechowego o złym rokowaniu (POCHP, zwłóknienie płuc)
 - krwawienie wewnątrzczaszkowe
 - ciężkie przewlekłe nadciśnienie płucne (MPAP > 50 mm Hg)
 - ciężka niewydolność lewej (EF $< 25\%$) lub prawej komory w wywiadzie
 - świadoma deklaracja niewyrażenia zgody przez chorego na leczenie ECMO

FORMULARZ KWALIFIKACJI PACJENTA DO LECZENIA METODĄ VV-ECMO

5. OCENA STANU WYDOLNOŚCI NARZĄDÓW (DO 12 GODZIN PRZED ZGŁOSZENIEM)						
UKŁAD/NARZĄDY	PUNKTY SKALI SOFA					
	0	1	2	3	4	
ODDECHOWY PaO ₂ /FiO ₂	>400	<400	<300	<200	<100	
		WSPOMAGANIE WENTYLACJI +/-		ZE WSPOMAGANIEM WENTYLACJI		
WYDALNICZY stężenie kreatyniny (mg/dl)	<1,2	1,2 – 2,0	2,0 – 3,4	3,5 – 4,9 diureza < 500 ml/ 24 h	>5,0 diureza < 250 ml/24 h	
WĄTROBA stężenie bilirubiny (mg/dl)	<1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 5,9	6,0 – 11,9	>12,0	
KRAŻENIA	MAP>70	MAP<70	dopamina < 5 dobutamina	dopamina > 5 adrenalina < 0,1 noradrenalina < 0,1	dopamina > 15 adrenalina > 0,1 noradrenalina > 0,1	
	BRAK AMIN KATECHOLOWYCH		wszystkie dawki w µg/kg/min czas infuzji co najmniej 1 godzina			
KRWIOTWÓRCZY płytki krwi (tyś/mm ³)	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20	
NERWOWY Glasgow Coma Scale	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6	
						SUMA
6. WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH (DO 12 GODZIN PRZED ZGŁOSZENIEM)						
GAZOMETRIA KRWI TĘTNICZEJ	Brak danych <input type="checkbox"/>	PaO ₂ /FiO ₂	pCO ₂	pH	HCO ₃ ⁻	mleczany
MORFOLOGIA KRWI	Brak danych <input type="checkbox"/>	WBC	NEU(%)	LYM(%)	Hgb	Hct
BIOCHEMIA	Brak danych <input type="checkbox"/>	PCT	CRP	LDH	mocznik	kreatynina
7. WYNIKI BADAŃ OBRAZOWYCH (DO 24 GODZIN PRZED ZGŁOSZENIEM)						
RODZAJ BADANIA	DATA BADANIA	SYNTETYCZNY OPIS WYNIKU				
<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> USG						
<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> USG						
8. LECZENIE OSTREJ NIETYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ						
Czas wentylacji inwazyjnej (DNI) <input type="checkbox"/> <2 <input type="checkbox"/> 2-7 <input type="checkbox"/> >7	Objętość oddechu (ml) <input type="checkbox"/> 4-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> > 12	Stężenie wdechowe tlenu <input type="checkbox"/> <60% <input type="checkbox"/> 60-80% <input type="checkbox"/> 80-100%	Wartość PEEP (cmH ₂ O) <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> >15			
Ciśnienie plateau (cmH ₂ O) <input type="checkbox"/> <30 <input type="checkbox"/> >30	Sztuczna droga oddechowa <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> TT	Zwiotczenie mięśni <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Prone position <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
Data, pieczętka i podpis lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii odpowiedzialnego za kwalifikację						