

myAirvo2- Nasale High-Flow-Therapie

Persönliche Daten

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Vers.- Nr.	<input type="text"/>
PLZ/ Ort	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>

Übermittelt von: Krankenhaus Niedergelassener Arzt Pflegeheim/ Kurzzeitpflege
Bitte entsprechendes Feld auswählen

MyAirvo2 Therapie

HOHE SAUERSTOFF- FLOWRATEN, KOMFORTABEL ZUGEFÜHRT DURCH
DIE OPTIFLOW NASENKANÜLE

Präzise Zufuhr von bis zu
100% Sauerstoff

Auswaschen des
anatomischen Totraums

Positiver Atemwegsdruck
Im gesamten Atemzyklus

Optimierte mukozilläre
Clearance

Ziel

Applikationen von Gasen Mit Körpertemperatur und 100% relativer Luftfeuchtigkeit (37 Grad/ 44mg/l) zur Aufrechterhaltung der maximalen Clearance, einem optimalen Sekretmanagement, wahlweise mit Sauerstoffgabe und zur Vermeidung von Hyperkapnien bei allen chronischen respiratorischen Erkrankungen.

In diesem Fall bei:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthmatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> exazerbierte COPD | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Atelektasen |
| <input type="checkbox"/> Hyperkapnie | <input type="checkbox"/> Lungenemphysem | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie | <input type="checkbox"/> Z. n. ARDS |
| <input type="checkbox"/> Bronchiektasen | <input type="checkbox"/> Xerostomie | <input type="checkbox"/> Trachealkanüle verlegt durch Sekrete |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

MyAirvo2 Spezifikationen

- Abgabe von Atemgas bei 31°, 34° oder 37° mit jeweils 100% relativer Luftfeuchtigkeit
- Breiter Flowbereich: Erwachsene 10 - 60 L/min - Kinder 2 - 25 L/min
- Sauerstoffabgabe von 21 - 99 % inkl. Messung der Sauerstoffkonzentration
- Integrierte Alarmer für alle Parameter (Diskonnektion, TE, Temperatur, O2 usw.)
- Automatischer Trocknungsmodus zur Aufrechterhaltung der Hygiene und verlängerter Standzeit des Verbrauchmaterials

myAirvo2- Nasale High-Flow-Therapie

Hauptdiagnose

Liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vor?

- Ja Nein Durch Hauptdiagnose festgestellt

Kann durch die Anwendung des myAiro2 die Lebensqualität des Patienten verbessert werden?

- Ja Nein

Können durch die Anwendung des myAirvo2 Krankenhausaufenthalte reduziert werden?

- Ja Nein

Können durch die Anwendung des myAirvo2 Therapieerweiterungen verzögert werden?

- Ja Nein

Symptome

Sekretbildung durch:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vermehrte Sekretbildung | <input type="checkbox"/> Schleimhautverletzung durch Absaugen |
| <input type="checkbox"/> verminderte Mukoziliäre Clearance | <input type="checkbox"/> fehlender Hustenstoß/ Hustenreiz |
| <input type="checkbox"/> zu flüssiges Sekret | <input type="checkbox"/> ineffektiver Hustenstoß |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> wiederholte Aspiration von Speichel |

Risikofaktoren

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Entzündung der Trachea | <input type="checkbox"/> Asthmatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Atelektasen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Hyperkapnie | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose | <input type="checkbox"/> Bronchopulmonale Dysplasie |

Bisherige Behandlung und Effektivität

Physische Sekretolyse

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vibration | <input type="checkbox"/> Inhalation |
| <input type="checkbox"/> PEP Husten | |
| <input type="checkbox"/> Lavage | |
| <input type="checkbox"/> Hauchen/ Huffing | |
| <input type="checkbox"/> Mobilisation/ Lagerung | |

Sekretentfernung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Absaugung | <input type="checkbox"/> medikamentöse Unterstützung |
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | |
| <input type="checkbox"/> PEP Husten | |
| <input type="checkbox"/> Hustenunterstützung | |
| <input type="checkbox"/> Air Stacking | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

myAirvo2- Nasale High-Flow-Therapie

Beschaffenheit des Sekrets vor der Anwendung des myAirvo

- Blutbeimengungen
- Eiter

Kann das Sekret vor Anwendung des myAirvo abgesaugt/ abgehustet werden?

- Ja
- Nein
- Nur durch zusätzliche Begleitmaßnahmen

Liegen Belüftungsstörungen/ Atelektasen vor?

- Ja
- Nein

Liegen Schluckbeschwerden vor?

- Ja
- Nein

Sind die bis jetzt getroffenen Maßnahmen ausreichend um eine gute Sekretion zu erhalten?

- Ja
- Nein

Art der bisherigen Versorgung

- O2- Nasenbrille + O2 Konzentrator
- O2- Maske + O2 Konzentrator
- Tracheostoma
- Heimbeatmungsgerät + Tracheostoma
- Sonstiges
- CPAP Maske + CPAP-Gerät
- Sprechventil
- Flüssigsauerstoff
- Heimbeatmungsgerät + Maske

Befeuchtungssystem

- keins
- O2 Sprudler
- HME
- Inhalationssystem
- feuchte Nase
- HME- Booster

Effektivität des **jetzigen**
Befeuchtungssystems

Effektivität der
myAirvo2 Therapie

Akzeptanz des Patienten be-
züglich der **myAirvo2** Therapie

○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
sehr gering					sehr hoch						sehr gering					sehr hoch					sehr gering					sehr hoch				

Einstellwerte: Fluss: Kanülengröße:

O2:

Temperatur:

myAirvo2- Nasale High-Flow-Therapie

Stempel des Krankenhauses

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes

Blutgasanalyse

	paO ₂	paCO ₂	pH	SaO ₂
mit HighFlow				
ohne HighFlow				
	paO ₂	paCO ₂	pH	SaO ₂
mit HighFlow				
ohne HighFlow				
	paO ₂	paCO ₂	pH	SaO ₂
mit HighFlow				
ohne HighFlow				

myAirvo2- Nasale High-Flow-Therapie

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass unten genannte Firma meine personenbezogenen Behandlungsdaten und Befunde einsieht, erhebt, verarbeitet, und dass die Firma Kontakt mit meiner Krankenkasse aufnehmen wird, um die Erstattung der Kosten für die Behandlung mit dem myAirvo2 System zu klären und zu beantragen.

Ich ermächtige hiermit meine behandelnden Ärzte, die Mitarbeiter der medizinischen Einrichtungen und Pflegedienste alle für die Kostenerstattung notwendigen Auskünfte zu erteilen.

Die Übermittlung meiner Daten zu Zwecken der Therapie oder zu Zwecken der Kostenerstattung wird ausdrücklich genehmigt.

Firmenname

Ansprechpartner

Strasse

PLZ/ Ort

Name des Patienten

Datum

Unterschrift

Name des gesetzlichen Vertreters

Datum

Unterschrift

Name des Arztes

Datum

Unterschrift