

Checkliste telefonische Anmeldung

für Zuweisende bei Verlegung von Neugeborenen ins KidZ

Notfallnummer: 041 205 13 01

1. AKUTER NOTFALL - sofort anrufen, Fahrt mit Sondersignal

Beispiele: Reanimation mit Herzdruckmassage und/oder Maskenbeatmung bei akuter Ateminsuffizienz; vorgeburtlicher Anruf bei Notfallsectio mit erwarteter schwerer Adaptationsstörung (z. B. Uterusruptur, Plazentalösung, Frühgeburt <35 SSW).

Minimalinformation - maximal 30 Sekunden:

- „Ich telefoniere aus [Spital/Ort], [Wochenbett / OP-Saal].“
- „Wir reanimieren / Notfallsectio in der [SSW].“
- Geburtshilfliche **Umstände** mit Hinweis auf relevanten Blutverlust zwingend nennen (z. B. Uterusruptur, vorzeitige Plazentalösung, blutende Plazenta praevia).
- „**Aktueller Status:** [Reanimation läuft / Herzmassage / Maskenbeatmung].“

Wichtig:

- Weitere Angaben werden vor Ort erhoben oder nach Stabilisierung nachgereicht.
- Bei Stabilisierung des Kindes ist eine Rückmeldung zur Anpassung der Fahrdringlichkeit wünschenswert.

2. DRINGENDE VERLEGUNG - strukturierte Übergabe

A. Absender & Kontext	Spital/Ort: _____ <input type="checkbox"/> Gebärsaal. <input type="checkbox"/> OP-Saal <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Abteilung Kontaktperson / Telefon: _____ Hauptproblem: <input type="checkbox"/> Infekt/Tachypnoe <input type="checkbox"/> Hypoglykämie <input type="checkbox"/> Ikterus/Hyperbilirubinämie <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> GI/chirurgisch <input type="checkbox"/> kardial
B. Kind - Basisdaten	Name: _____ SSW: _____ Geburtszeit / Alter: _____ Geburtsgewicht: _____ Apgar: ___ / ___ / ___ Nabelschnur-pH (art.): _____
C. Aktueller Status	CPAP: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Dauer: _____ h FiO2 aktuell: _____ % Sättigung präduktal (rechte Hand): _____ % Atemfrequenz: _____ /min Temperatur: _____ °C
D. Labor	BGA inkl. pH / CO2 / BE: _____ Glukose: _____ mmol/l Laktat: _____ mmol/l Bilirubin (TSB): _____ µmol/l Hb: _____ g/l
E1. Bei sek. ANS / Tachypnoe / Infektverdacht	GBS-Status: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> unbekannt Blasensprung: <input type="checkbox"/> <18 h <input type="checkbox"/> ≥18 h / prolongiert Dauer: _____ h Antibiotika intrapartal: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein welche: _____ V. a. Amnioninfektsyndrom: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Mekoniumhaltiges Fruchtwasser: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
E2. Bei Hyperbilirubinämie	Totales Serum Bilirubin _____ in Alter von _____ h Blutgruppe Mutter (falls bekannt): _____ Hinweise auf Hämolyse / Anämie? Hb: _____ DAT: _____
F. Relevante Zusatzfragen	Pränatalboard erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt Serologien aktuell: HIV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Lues <input type="checkbox"/>
Merke	Akutversorgung hat Vorrang. Nicht verfügbare Informationen nachreichen - die Verlegung soll dadurch nicht verzögert werden.