Załącznik nr 1 do Stanowiska Sekcji Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej PTAiIT w sprawie zastosowania żylno-żylnej pozaustrojowej oksygenacji membranowej u pacjentów ediatrycznych w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej (2026)

Formularz zgłoszeniowy pacjenta do leczenia metodą ECMO

Dane identyfikacyjne pacjenta		
Imię i nazwisko pacjenta:		Płeć:
Data urodzenia:		PESEL:
Wzrost (cm):	Masa ciała (kg):	BMI:
Adres pacjenta:		

Dane szpitala kierującego
Szpital kierujący (nazwa, miasto):
Oddział / jednostka:
Lekarz zgłaszający (imię i nazwisko)
Telefon kontaktowy do lekarza zgłaszającego (24/7):
Telefon do oddziału / sekretariatu:
Adres email do kontaktu medycznego:

Informacja dla rodziny / zgoda
Czy rodzina/opiekunowie są poinformowani o możliwości leczenia ECMO? (TAK/NIE)
Czy uzyskano świadomą zgodę na przekazanie danych i ewentualne leczenie ECMO? (TAK/NIE)
Osoba udzielająca zgody:
Data i godzina uzyskania zgody:

Rozpoznanie i przebieg choroby
Rozpoznanie zasadnicze:
Rozpoznania współistniejące:
Data wystąpienia objawów choroby:
Data przyjęcia do szpitala kierującego:
Data przyjęcia na OIT:
Krótki opis aktualnego problemu (przyczyna niewydolności oddechowej/krążeniowej, dotychczasowe leczenie):

Dane o leczeniu oddechowym i hemodynamicznym
Data rozpoczęcia wentylacji mechanicznej:
Tryb wentylacji / ustawienia: FiO_2 PEEP VT PIP
Próby pronowania: TAK/NIE
Stosowanie tlenku azotu tak/nie/niedostępny w szpitalu:
Leczenie bronchodilatacyjnego (tak/nie, szczegóły):
Leki wazopresyjne/inotropowe (rodzaj, dawka):
Inne formy mechanicznego wspomagania krążenia (IABP, LVAD, itp.):

Stan kliniczny i choroby towarzyszące
Stan neurologiczny (reakcja źrenic, ostatnie TK/MR głowy, jeśli wykonywano):
RTG/KT klatki piersiowej:
ECHO serca (EF):
Choroby przewlekłe:
Niewydolność nerek – przewlekła (tak/nie), ostra (tak/nie)
Terapia nerkozastępcza (tak/nie, rodzaj):
Aktualne krwawienie (tak/nie, lokalizacja):
Aktywne zakażenia (ognisko, patogen, aktualne antybiotyki/leki przeciwgrzybicze):
Przebyte zatrzymanie krążenia w obecnym epizodzie (tak/nie, czas RKO, wynik):
Przebyte zabiegi operacyjne / urazy (rodzaj, data):

Rodzaj wsparcia ECMO rozważany przez ośrodek kierujący
Podejrzewany dominujący problem:
Niewydolność oddechowa (rozważane VV ECMO)
Niewydolność krążenia / krążeniowo-oddechowa (rozważane VA ECMO)

Parametry laboratoryjne i gazometria	
Ostatnie dostępne wyniki (data i godzina):	
Gazometria	Morfologia krwi:
pH	Hgb
$PaCO_2$	RBC
PaO_2	WBC
HCO_3	PLT
BE	
Stężenie kwasu mlekowego	
Parametry krzepnięcia:	Parametry nerkowe
INR	kreatynina
APTT	mocznik
fibrynogen	diureza godzinowa
Parametry wątrobowe:	Markery zapalne
AST	CRP
ALT	PCT
GGTP	

Kryteria włączenia	
PaO_2/FiO_2 < 60 mm Hg przez 3 godzin	TAK/NIE
PaO_2/FiO_2 < 80 mm Hg przez 6 godzin	TAK/NIE
OI > 40 przez 6 godzin	TAK/NIE
Brak odpowiedzi na wentylację konwencjonalną	TAK/NIE
Pozycja *prone*	TAK/NIE
Wentylacja wysokimi częstotliwościami	TAK/NIE
Tlenek azotu	TAK/NIE
MAP > 20–25 cm H_2O	TAK/NIE
pH < 7,1	TAK/NIE
Przeciwskazania	
Nieodwracalność procesu chorobowego	TAK/NIE
Ciężka choroba układowa	TAK/NIE
Letalne zespoły genetyczne	TAK/NIE
Krwawienie wewnątrzczaszkowe (IVH 3–4)	TAK/NIE
Inne przeciwwskazania do heparynizacji	TAK/NIE
Leczenie respiratorem więcej niż 14 dni	TAK/NIE
Brak możliwości leczenia wg zasad *Lung Protective Strategy*	TAK/NIE