



Checkliste HU-Evaluation Herztransplantation

Patientendaten

Datum der Anforderung : .../.../.....

Stationär (Station:)

Verantwortlicher Arzt:

Unterschrift:

DIE ZUGEHÖRIGEN BEFUNDE WERDEN IN KOPIE BENÖTIGT

Spiroergometrie (letzter ermittelter Wert)	
VO2 max	_____ ml/min/kg
Hämodynamik (max. 5 Tage alt)	
Datum RHK	___/___/___
Systolischer RR	_____ mmHg
Diastolischer RR	_____ mmHg
Herzfrequenz	___/ min
ZVD	_____ mmHg
Cardiac Index	_____ l/min/m ²
PAPsyst	_____ mmHg
PAPdiast	_____ mmHg
PAPmean	_____ mmHg
PCWP	_____ mmHg
Laborwerte (max. 24 h alt)	
Natrium	_____ mg/dl
Kalium	_____ mg/dl
Hämoglobin	_____ mg/dl
CRP	_____ mg/dl
Leukozyten	_____ mg/dl
Kreatinin	_____ mg/dl
Bilirubin	_____ mg/dl
Cholesterin	_____ mg/dl
Harnsäure	_____ mg/dl
ASAT/GOT	_____ U/l
ALAT/GPT	_____ U/l
BNP	_____ pg/ml
Blutgasanalyse (max. 24 h alt)	EKG (max. 24 h alt)
paCO ₂	_____ mmHg
paO ₂	_____ mmHg
pH	_____ mmHg
SVO ₂	_____ %
Rhythmus	_____
Herzachse	_____
PQ-Zeit	_____ msec
QRS-Zeit	_____ msec
Echokardiographie (max. 24 alt)	
EF	_____ %
Besonderheiten	_____
Inotropika Therapie (aktueller Status)	
Start der Inotropika Therapie	___/___/___
Dopamin	_____ µg/kg/min
Dobutamin	_____ µg/kg/min
Adrenalin	_____ µg/kg/min
PDE Inhibitor	_____ µg/kg/min
Levosimendan	_____ mg/Woche
Andere Inotrope Therapie: _____	

Für eine HU-Anmeldung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein (Auszug aus den Eurotransplant-Richtlinien):

Aufnahme auf eine Intensivstation am Transplantationszentrum

A) Inotropika Therapie

a. Swan-Ganz-Katheter mit folgenden Grenzwerten:

- i. $CI < 2.2 \text{ l/min/m}^2$ UND
- ii. $SVO_2 < 55\%$ UND
- iii. $PCWP \geq 10 \text{ mmHg}$

b. BEI BESTEHENDER KATECHOLAMINTHERAPIE (MIND. 48 h)

- i. Dobutamine $> 7.5 \mu\text{g/kg/min}$ ODER
- ii. Milrinone $> 0.5 \mu\text{g/kg/min}$ ODER
- iii. Äquivalente Medikation

c. UND ZUSÄTZLICH ZEICHEN SEKUNDÄRER ORGANSTÖRUNGEN

- i. Natrium $< 136 \text{ mmol/l}$ ODER
- ii. Kreatininanstieg ODER
- iii. Transaminasenanstieg ODER
- iv. Zeichen der zerebralen Minderperfusion (Neurologisches Konsil erforderlich)

B) Komplikation am Assist Device

- a. Lebensbedrohliche Komplikation oder Fehlfunktion die nur durch Device-Explantation behoben werden kann ODER
- b. Device-Infektion mit positiven Blutkulturen oder anderen Zeichen der Device-Infektion ODER
- c. Wiederholte zerebrale Embolien (cCT erforderlich)

C) Sonderfälle

- a. Akute Transplantatversager (innerhalb der 1. Woche)
- b. Pädiatrische Patienten

Der HU-Antrag wird an Eurotransplant übermittelt und an eine Audit-Gruppe weitergeleitet. Hierzu sind folgende Dokumente und Befunde einzusenden:

- Aktuelle Behandlungsdaten (Fieberkurve oder Verordnungsbogen)
- Swan-Ganz-Katheter-Befund (mit CI, SVO₂, PCWP), nicht älter als 5 Tage
- Aktuelle BGA (arteriell/gemischt venös), nicht älter als 24 h
- Aktuelles Labor, nicht älter als 24 h
- Echobefund, nicht älter als 24 h
- EKG, nicht älter als 24 h

Bei stattgegebenem HU-Antrag ist dieser alle 8 Wochen mit o.g. Befunden zu erneuern.