

Bronchoskopie

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar

Trachea	Schleimhaut verändert / Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> o.p.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> n.b.
Entzündung / Rötung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Blutung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ulzera:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Tumor:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Aspiration:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Eitriges Sekret:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sekretmenge, Konsistenz:				
Zusätzlicher Bronchus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

Bronchus	Bronchus rechts			Bronchus links		
Schleimhaut verändert / Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> o.p.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> o.p.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> n.b.
Entzündung / Rötung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Blutung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ulzera:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Tumor:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Eitriges Sekret:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lokalisation des Sekretes:		<input type="checkbox"/> Hauptbronchus			<input type="checkbox"/> Hauptbronchus	
		<input type="checkbox"/> Lappenbronchus			<input type="checkbox"/> Lappenbronchus	
		<input type="checkbox"/> Segmentbronchus			<input type="checkbox"/> Segmentbronchus	
Sekret nach Absaugen:	<input type="checkbox"/> keines	<input type="checkbox"/> nachlaufend von peripher		<input type="checkbox"/> keines	<input type="checkbox"/> nachlaufend von peripher	
Aspiration:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Sonstiges

Bemerkung:

Trachealsekret / bronchiales Aspirat zur mikrobiologischen Untersuchung: ja neinBronchoalveoläre Lavage zur mikrobiologischen Untersuchung: ja nein

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum: