



# Checkliste Intubation bei COVID-19

VOR Betreten des Patientenzimmers!

A	Atemweg	Atemweg beurteilen (Mallampati, Patil, upper-lip-bite) Atemwegshilfen bereitlegen (Wendl, Guedel) Tubus Frau 8,0 – Mann 9,0 (wg. Bauchlage Woodbridge) Führungsstab in Tubus (inkl. Gleitgel) Blockerspritze aufgesetzt / Cuffcheck (ggf. Wasserblock)
	(Video!-) Laryngoskop	Funktion checken Alternativspatel bereitlegen Videolaryngoskop vergrößert Abstand zum Patienten!
	Absaugung	nach Möglichkeit geschlossenes System, großlumig Absaugung checken & einschalten vor Beginn!
	Präoxygenierung	eng anliegende Maske im Zweihand-Griff low-pressure-ventilation, ggf. NIV + PEEP (Ziel-SpO <sub>2</sub> > 93%)
B	Kapnographie	Funktion checken Sensor vormontieren (Haupt-/ Nebenstromverfahren?)
	Respirator	Funktion checken, CAVE: don't ventilate the room!
C	Monitoring	Sauerstoffsättigung, etCO <sub>2</sub> EKG Blutdruckmessung invasiv, sonst engmaschig (2–3min)
	Zugänge	mögl. 2 gutlaufende Zugänge Zugänge mit Trägerlösung bestückt ?
D	Narkoseeinleitung	• Infusion (VEL) • RSI-Medikamente • Vasopressoren Ziele: sichere Relaxierung, keine Zwischenbeatmung eher supraglott. Atemweg statt Masken-Beutel-Beatmung
E	Teamaufteilung <small>bei COVID-19 ITN nur zu zweit!</small>	Medikamente + Monitor (Alarmgrenzen benennen & einstellen) CLOSED LOOP COMMUNICATION! Atemwegsmanagement durch den darin Erfahrensten!
F	Fehlernmanagement	Eskalationsstufen & Rückfallebenen besprechen
	Startklar?	Bedenken / Unsicherheit JETZT äußern! PSA anlegen!
	Generelle Überlegungen:	Plastikfolie zw. Patient & Intubateur! (Aerosolschutz!) Keine Auskultation! Lagekontrolle z.B. durch POCUS erst Cuff-BLOCK und (HEPA)-FILTER, dann beatmen! Diskonnektionen vermeiden, wenn: end-expiratorisch Buddy-System (auf Kontamination & Fehler achten) 3. Teammitglied im Vorraum Vorher: Ablauf durchsprechen! Hinterher: Debriefing