

Anhang 1: Mustervorlagen

Gemeinsame Patientendokumentation Palliative Care

Datum: _____

Patient			
Name:		Geb.Datum:	
Vorname:		Tel:	
Adresse:		Mail:	
Bezugsperson			
Name:		Tel.	
		Mail:	
Hausarzt			
Name:		Tel:	
		Mail:	
individueller Spezialarzt			
Name:		Tel:	
		Mail:	
Spitex			
Organisation:		Tel:	
		Mail:	
Erreichbarkeit Spitex ausserhalb Betriebszeiten			
Name:		Tel:	
		Mail:	
Fallführende Person			
Name:		Tel:	
		Mail:	
Weitere Dienste (Krebsliga, etc.)			
Name:		Tel:	
		Mail:	
Patientenverfügung (falls vorhanden)		Ja	
		Nein	
wo deponiert:			
Datum:			
Reanimationsverfügung (falls vorhanden)		Ja	
		Nein	
wenn ja wie?			
Rehospitalisationsverfügung (falls vorhanden)		Ja	
		Nein	

Formular auszufüllen vom zuständigen Arzt und von der zuständigen Pflegeperson

Anhang 1: Mustervorlagen

Checkliste bei Eintritt in die Palliative Care (bleibt auf dem Stützpunkt)

Patient:		Datum:		
Dossiers vorbereiten: Palliative Care und Spitex				Visum
Pflegebett:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Hilfsmittel	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
wenn ja, welche?				
Geräte				
Art:				
Pflegematerial				
Art:				
Therapien				
Art:				
Kontakt				
Angehörige:				
Spital:				
Runder Tisch:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Andere Organisationen:				
Name:				
Notfallplan	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Reservermedikamente	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Notfallsituation mit Angehörigen besprechen				
Konfession:				
Seelsorgerische Begleitung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Nachtpikett				
Nummer:				
Vorgehen bei Todesfall mit Angehörigen besprechen.				
Hausarzt/Notfallarzt informieren				
Wann anrufen				
Sonstiges:				

Anhang 1: Mustervorlagen

Kurzdokumentation Palliative Care

Patient:							
Datum / Uhrzeit:							
Körperpflege (GW, TW, Intim)							
Hautverhältnisse							
Mundpflege							
Lagerung							
Mobilisation							
Verbandwechsel							
Medikamente regulär							
Medikamente reserve							
Vitalzeichen (Bd, P, T, paO2)							
Stuhlgang							
Trinken							
Gespräch							
Visum:							

Anhang 1: Mustervorlagen

Reservemedikation

Spitex-Organisation: _____

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Symptom	Medikament	Medikament	Datum, Unterschrift Arzt
Schmerz	Morphin 1 Trpf. 2% = 1mg Amp. 10mg/ml	fix <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> p.o. _____mg/24h	
		<u>Reserve</u> s.c. p.o. (stündliche Reserve=10% fixe Tagesdosis) _____mg/h, max. _____mg/24h	
	(anderes Opiat anstelle Morphin)	s.c. p.o. fix _____mg/24h Reserve _____mg/____, max. _____mg/24h	
Übelkeit	Paspertin 30 Trpf. = 10mg 1 Tabl. = 10mg Amp 10mg/2ml	s.c. p.o. fix _____mg/24h (z.B. 10mg 1-1-1-1) Reserve 10mg alle 4 - 6 h, max. 60mg/24h	
	Haldol 10 Trpf. = 1mg Amp. 5mg/ml	s.c. p.o. fix _____mg/24h (z.B. 1mg 1-1-1-1) Reserve 1mg alle 4 h, max. 6mg/24h	
	Mephameson Amp. 4mg/ml	fix s.c. _____mg/24h (z.B. 4mg 1-1-1-1) Reserve s.c. 4mg alle 6 h, max. 24mg/24h	
Atemnot	1.Morphin	s.c. p.o. bei Bedarf 2.5 - 5mg alle 20min.	
	2.Dormicum Tabl.7,5mg, Tabl.15mg Amp. 5mg/5ml Amp. 5mg/ml	s.c. p.o. fix _____mg/24h Reserve 1-2mg alle 20min (immer zus. mit Morphin!)	

Anhang 1: Mustervorlagen

Unruhe/ Angst	Haldol 10 Trpf. = 1mg Amp. 5mg/ml	<input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> p.o. fix _____ mg/24h (z.B. 1mg 1-1-1-1) Reserve 1mg/h, max. _____ mg/24h	
	Dormicum Tabl. 7,5mg, Tabl. 15mg Amp. 5mg/5ml Amp. 5mg/ml	<input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> p.o. fix _____ mg/24h Reserve 1mg/h, max. _____ mg/24h	
	Nozinan 1 Trpf. 4% = 1mg Tabl. 25mg	<input type="checkbox"/> p.o. fix _____ mg/24h (z.B. 6mg 0-1-0-1) Reserve 6mg/ 6.25mg alle 12h, max. 12.5mg/24h	
Pulmonal Rasseln	Buscopan Amp. 20mg/ml Drg. 10mg	<input type="checkbox"/> fix <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> 20mg 1-1-1 60mg/24h (Infusomat) <input type="checkbox"/> p.o. 10mg _____ (z.B. 10mg 1-1-1-1) Reserve 20mg alle 8h, max. 60mg/24h	
	Flüssigkeits- Reduktion	max. _____ ml/24h	
Epilepsie	Dormicum Amp. 5mg/5ml Amp. 5mg/ml	<input type="checkbox"/> fix s.c. <input type="checkbox"/> 1mg/h (Infusomat) Reserve s.c. 1mg bis Anfall durchbrochen	
	Rivotril Amp. 1mg/ml	<input type="checkbox"/> fix s.c. <input type="checkbox"/> 2mg/24h (Infusomat) Reserve s.c. 0.5 - 1mg alle 20min	