|  |
| --- |
| **BEHANDLUNGSPLAN FÜR ERWACHSENE** |

Wird von der zuständigen Arztperson gemeinsam mit der Patient/in und der zuständigen Pflegefachperson ausgefüllt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien Patientin/Patient** | | | |
| **Name** |  | **Geburtsdatum** |  |
| **Vorname** |  | **AHV-Nummer** |  |
| **Adresse** |  | **Telefon** |  |
| **Plz** |  | **E-Mail** |  |
| **Ort** |  | **Krankenkasse** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wichtige Kontaktpersonen** | | | | |
| **Bezugsperson** | |  | Telefon |  |
| **Vertretungsberechtigte Person** | |  | Telefon |  |
| **Hausarzt** | |  | Telefon |  |
|  | **Spitex/Pflege** |  | Telefon |  |
|  | **Seelsorge** |  | Telefon |  |
|  | **Freiwillige Tagesbegleitung** |  | Telefon |  |
|  | **Freiwillige Nachtbegleitung** |  | Telefon |  |
|  | **Weitere** |  | Telefon |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wesentliche Diagnosen/Angaben** | | | |
| **Wesentliche Diagnosen** | | |  |
| **Allergien/Unverträglichkeiten** | | |  |
|  | Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäusserten Patientenwillen. | | |
|  | Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung. | | |
|  | Das vorliegende Dokument entspricht dem mutmasslichen Patientenwillen. | | |
|  | Spitaleinweisung bei: | | |
|  | Symptomkontrolle und Betreuung erfolgen vorrangig im Pflegeheim/zu Hause, nur bei Erfolglosigkeit erfolgt Spitaleintritt mit Palliativbehandlung. | | |
|  | Bei Bedarf kann der ärztliche Notfalldienst hinzugezogen werden; dieser handelt unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten. | | |
|  | Die Patientin/der Patient ist bereit, bei der nächsten Verschlechterung den Eintritt des Todes zu akzeptieren. | | |
|  | Die aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht notwendige Medikamente wurden abgesetzt. | | |
| **Bemerkungen** | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Folgendes Vorgehen wurde vereinbart** | | | | | | | | | | | | |
| Patientenverfügung vorhanden | |  | JA | NEIN |  |  | Ernährung (enteral) |  | JA | NEIN | |  |
| Vorsorgeauftrag | |  | JA | NEIN |  |  | Ernährung (parenteral) |  | JA | NEIN | |  |
| Reanimation | |  | JA | NEIN |  |  | Flüssigkeit (parenteral) |  | JA | NEIN | |  |
| Antibiotikagabe | |  | JA | NEIN |  |  | Transfusionsbehandlung |  | JA | NEIN | |  |
| Beatmung (Intubation) | |  | JA | NEIN |  |  | Notfallset Medikamente liegt vor Ort vor |  | JA | NEIN | |  |
| Intensivpflegestation | |  | JA | NEIN |  |  |  | |  |  |  | |
| Abklärungsuntersuchungen | |  | JA | NEIN |  |  |  | | | | | |
| Hospitalisation | |  | JA : Akutstation  Palliative Hospitalisation | | | | | | | NEIN | | |
| **Ausnahmen** |  | | | | | | | | | | | |
| **Bemerkungen** |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Entscheidungsfindung** | |
| **Ziele, Wünsche, Hoffnungen der Patientin/des Patienten** |  |

|  |
| --- |
| **LEITFADEN FÜR ANGEHÖRIGE zur Symptomlinderung** |

**Wichtige Telefonnummern**

Hausarzt/Hausärztin:

Spitex:

Notfallnummern: Sanitätsnotruf 144 / Hausärztlicher Notfalldienst 041 870 03 03 / Kantonsspital Uri 041 875 51 51 / Telefonischer Support Palliative Station Spital Schwyz 041 818 43 36

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angst, Unruhe, seelische Schmerzen** | | **Atemnot, Husten, Rasselatmung** |
| * Ruhe vermitteln | * Fenster öffnen, frische Luft, Ventilator | |
| * Nicht allein lassen | * Kleider öffnen | |
| * Bei Dunkelheit eine Lichtquelle brennen lassen | * ruhige Atmosphäre schaffen | |
| * Ablenkung durch Gespräche, Musik, Bilder | * atemerleichternde Lagerung (an den Bettrand sitzen, Kopfteil erhöhen und ein Kissen unter die Arme einbetten | |
| Medikamente: | Medikamente: | |
| (gemäss ärztlicher Verordnung, siehe THERAPIEPLAN) | (gemäss ärztlicher Verordnung, siehe THERAPIEPLAN) | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schmerzen** | | **Übelkeit, Erbrechen** |
| * Ablenkung durch Gespräche, Musik, Bilder | * Frische Luft, Fenster öffnen, | |
| * Positionswechsel (sitzen, liegen, Seitenlage) | * Raumduft: Pfefferminze, Zitrone, Mandarine | |
| Medikamente: | Medikamente: | |
| (gemäss ärztlicher Verordnung, siehe THERAPIEPLAN) | (gemäss ärztlicher Verordnung, siehe THERAPIEPLAN) | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit** | | **Verdauungsprobleme (Verstopfung, Durchfall)** |
| Medikamente: | Medikamente: | |
| (gemäss ärztlicher Verordnung, siehe THERAPIEPLAN) | (gemäss ärztlicher Verordnung, siehe THERAPIEPLAN) | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schlafstörungen, Müdigkeit** | | **Blutungen** |
|  | * dunkle Tücher verwenden | |
|  |  | |

|  |
| --- |
| **Weitere Probleme** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Weiterführende Informationen für Angehörige** | | | | | | | | | |
| Broschüre Symptommanagement |  | JA | NEIN |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bestätigung BEHANDLUNGSPLAN Palliative Care Uri und LEITFADEN FÜR ANGEHÖRIGE zur Symptomlinderung** | | | | | |
| **Teil Arztperson** | | | | |  |
| Ort: |  | Datum: |  | Unterschrift: |
|  | | | | |  |
| **Teil Patientin bzw. Patient oder vertretungsberechtigte Person** | | | | |  |
| Ort: |  | Datum: |  | Unterschrift: |
|  | | | | |  |
| Ort: |  | Datum: |  | Unterschrift: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teil Pflegefachperson** | | | | |  |
| Ort: |  | Datum: |  | Unterschrift: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wünschenswert sind die Unterschriften ALLER.  Diejenige der zuständigen Arztperson und der Patientin oder des Patienten ist zwingend.** | |
| **THERAPIEPLAN FÜR ERWACHSENE** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Symptome** | **Dosierung/Limiten/Bemerkungen** |
| **Leichte Schmerzen** |  |
| Dafalgan  Tbl.  Brausetbl.  Schmelztbl.:  0.5 g  1.0 g  Zäpfchen 0.6 g |  |
| Novalgin  Tbl. 0.5 g Trp. 0.5g/20Trp  Zäpfchen 1.0 g  Amp. 1.0 g iv. (ev. sc. per infusionem ) |  |
| Brufen  Tbl. 0.2 g  Tbl. 0.4 g  Brausegranulat 0.6 g |  |
| Buscopan (kolikartige Schmerzen)  Amp. 20 mg sc. |  |
|  |  |
| **Mittelstarke bis starke Schmerzen** |  |
| Morphin  po 20mg/20 Trp.  Amp. 10 mg Bolus:  iv.  ­sc.  Amp. 10 mg in Infusion:  iv.  sc. |  |
| Oxynorm  po 10 mg/20 Trp.  Schmelztbl. 5 mg  Schmelztbl. 10 mg |  |
| Buprenorphin / Temgesic  Sublingual:  0.2 mg  0.4 mg |  |
| Methadon (1 mg entspricht 4 mg Morphin)  Tropfen 10 mg/20 Trp.  Amp. 10 mg/1 ml:  sc. iv. |  |
| Fentanyl  Spray (nasal): Dosis ……mcg/Hub  Buccal (Effentora)  100 200 400 600  800 |  |
|  |  |
| **Atemnot (für Opioide Dosis deutlich tiefer als gegen Schmerzen – für Morphin p.o. oft 1-2 mg/Dosis, 10mg /24h )** | |
| Methadon (1mg entspricht 4 mg Morphin)  po 10mg/20 Trp.  Amp. 10 mg/1 ml:  sc. iv. |  |
| Morphin  po 20 mg/20 Trp.  Amp. 10 mg:  sc. iv.  Amp. 10 mg Inhalation (Off-Label-Use) |  |
| Sauerstoff (bei COPD bis 2L/Min, ohne COPD bis L/Min)  Nasalbrille  Maske |  |
| Temesta (Panik Attacken)  Tbl. Expidet 1 mg |  |
| Midazolam (Terminale Atemnot)  Nasalspray 2.5 mg/Hub  Amp. 5 mg:  sc.  iv. (0.5-1mg alle 30-60 min) |  |
| 0.9% NaCl  Inhalation 3-5 ml  + Dospir 1 Amp (bei COPD) |  |
| **Terminales Rasseln** | |
| Buscopan  Amp. 20 mg Bolus  ad infusionem:  iv. sc. |  |
|  |  |
| **Angst** | |
| Temesta  Expidet 1 mg |  |
|  |  |
| **Delir/Verwirrtheit** | |
| Haldol  po 2 mg/20 Trp.  Amp. 5 mg:  sc.  iv. |  |
| Nozinan  po 40 mg/40 Trp.  Amp. 25 mg:  sc.  iv. |  |
| Dormicum  Nasalspray 2.5 mg/Hub  Amp. 5 mg:  sc.  iv. |  |
| Quetiapin  25 mg Tbl |  |
|  |  |
| **Nausea/Emesis/Übelkeit/Erbrechen** | |
| Paspertin  po. 10 mg/30 Trp.  Amp 10mg :  iv.  sc. |  |
| Domperidon oro  10 mg |  |
| Haldol  po. 2 mg/20 Trp.  Amp. 5 mg :  sc.  iv. |  |
| Nozinan  po. 40 mg/40 Trp.  Amp. 25 mg :  sc. iv. |  |
| Mephameson  8 mg Amp. iv |  |
|  |  |
| **Harnverhalt** | |
| Dauerkatheter  Einmalkatheter |  |
| Tamsulosin 0.4 mg Tbl. |  |
|  |  |
| **Obstipation/Verstopfung** | |
| Movicol Sachet |  |
| Laxoberon 450 mg/15 Trp. |  |
| Klistier |  |
| Bulboid Zäpfchen |  |
| **Diarrhoe/Durchfall** | |
| Imodium 2 mg sublingual |  |
|  |  |
| **Fieber** | |
| Diagnostik: stationär  ambulant | Blutentnahmen: ja  nein |
| Blutkulturen: ja  nein | UST/Uricult: ja  nein |
| Antibiotika: ja  (nur oral , iv. ) nein |  |
|  |  |
| **Fiebersenkende Massnahmen** | |
| Novalgin:  Tbl. 0.5 g  po 0.5 g/20 Trp  Zäpfchen 1.0 g  Amp. 1.0 g iv. ( ev. sc. per infusionem) |  |
| Dafalgan:  Tbl.  Brausetbl. Schmelztbl.:  0.5 g 1 g  Zäpfchen 0. 6 g  0.5 g iv 1 g iv. |  |
| Hydrierung  iv. sc. (sc. max. 500 ml/24h pro Einstichstelle) |  |
|  |  |
| **Epilepsie (bei anhaltenden Anfall nach 30 Min.: Dosis wiederholbar? Ja , nein**  **Rettungsdienst rufen? Ja , Nein )** | |
| Rivotril  Orallösung 2.5 mg/25 Trp. buccal  Amp. 1mg iv. |  |
| Dormicum / Midazolam:  Nasalspray 2.5 mg/Hub  Amp. 5 mg:  iv. sc. |  |
| Temesta Expidet 1 mg |  |
|  |  |
| **Blutungen** | |
| Bei externer Blutung komprimieren?  ja  nein (falls nein: dunkle Bettwäsche, Handtücher bereitstellen) | |
| Transfusion?  nein, ja  (falls ja - EK  TK ) |  |
| **Schwere lebenslimitierende Blutungen (Blutstoss)** | |
| Morphin  Amp. 10 mg  iv.  im.  sc. (bei stabilem Kreislauf) |  |
| Dormicum / Midazolam  Spray nasal 2.5 mg/Hub  Amp. 5 mg:  iv.  sc. |  |
| Fentanyl  Spray nasal ……mcg/Hub  Buccal (Effentora): 100 200 400 600 800 mg |  |
| Dormicum  iv.  sc.  nasal |  |
|  |  |
| **Sedation (muss von Patienten gewünscht sein/eingewilligt werden)** | |
| Die Anwendung dieser Therapieform **muss** sich an den [BIGORIO-Richtlinien](https://www.palliative.ch/public/dokumente/was_wir_tun/angebote/bigorio_best_practice/BIGORIO_2005_-_Empfehlungen_Palliative_Sedation.pdf) orientieren und interdisziplinär besprochen sein! | |
| Dormicum  i.v.  s.c. |  |
| Nozinan  po 40 mg/40Trp.  Amp. 25 mg:  sc. iv. |  |
| Rivotril  Orallösung 2.5 mg/25 Trp. – buccal  Amp. 1 mg i.v. |  |
| **Diverses / weitere Therapien und Symptome** | |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bestätigung THERAPIEPLAN Palliative Care Uri** | | | | | |
| **Arztperson** | | | | |  |
| Ort: |  | Datum: |  | Unterschrift: |

**Evaluation/Anpassung des THERAPIEPLANS:**

* Bei Veränderung des Allgemeinzustands
* Auf jeder Arztvisite

**Änderungsverlauf**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Version | Geändert | Datum | Beschreibung der Änderung |
| 02 | Dr. Beat Müller  Dr. Claudia Niewenhuys | 19.04.2022 | Ergänzung Sauerstoff |
| 03 | Dr. Beat Müller  Dr. Sandra Schmid  Dr. Piotr Sobanski | Februar 2025 | Diverse Angleichungen an den Plan der Palliativ Station Schwyz |

Erstellt: Dr. Beat Müller Datum: 27.09.2021 Genehmigt: Steuergruppe Palliative Care Uri Version 03