|  |
| --- |
| **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, Hoffnungender 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 MüllerDr. Claudia Niewenhuys | 19.04.2022 | Ergänzung Sauerstoff |
| 03 | Dr. Beat MüllerDr. Sandra SchmidDr. 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