

Palliativer Behandlungsplan nach Austritt von stationärem Aufenthalt KSSG

(Palliativstation, andere Stationen)

Datum ____

1. Personalien /Briefkopf

Name/ Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse (Strasse, Ort)	
Tel. Nr.	
Erstellungsdatum	
Anwesende Personen	
Hauptdiagnose	
Hauptanliegen	
Belastende Symptome	
Erfasst von	Name Arzt: Datum: Name Pflege: Datum: Mit Patient/ Patientin besprochen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: Mit Angehörigen besprochen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum:
	Dokument digital versendet an
Erläuterungen zum Behandlungsplan unter: www.palliativzentrum.kssg.ch / Palliative Betreuung - Alle Elemente	

2. Entscheidungshintergrund

Krankheits- und Prognoseverständnis		
Krankheits- und Prognoseverständnis vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein	
Bemerkungen		
Entscheidungsfindung medizinisch		
Ist Entscheidungsfähigkeit vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Überwiegend ja <input type="checkbox"/> Überwiegend nein <input type="checkbox"/> Nein	
Stellvertreter 1		
Stellvertreter 2		
Reanimation (kardiopulmonal) gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn nein, welche Hinweise auf Ablehnung medizinischer Massnahmen bestehen? Entscheidungen getroffen bezüglich (sofern nicht in PV vermerkt)....	Verlegung ins Spital	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Nein
	Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Nein
	Hydrierung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Nein
	Krankheitsspezifische Therapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen		

Entscheidungsfindung nicht medizinisch			
Vorsorgeauftrag erstellt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Für Personensorge	Name		
<input type="checkbox"/> Für Vermögenssorge	Name		
<input type="checkbox"/> Für Vertretung im Rechtsverkehr	Name		
Testament erstellt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Lebensende			
Dokument: Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Grösste Kraftquelle/ Ressource			
„Unfinished business“ ,offene Wünsche am Lebensende			
Verabschiedung			
Versöhnung			
Vermächtnis			
Netzwerk (Kontakte im Notfall)			
	Namen	Tel. Nummer	
Angehörige / Nahestehende: wer, wo?	1. _____ 2. _____ 3. _____	_____ _____ _____	
Professionelles Netzwerk			
Hausarzt	_____	_____	
Spitex	_____	_____	
Hospizdienst	_____	_____	
Weitere Dienste	_____	_____	
Palliativer Brückendienst	_____	_____	
Seelsorge	_____	_____	
Spezialarzt	_____	_____	
Pall-Onk-Ambi	_____	_____	
Benachrichtigung bei Todesfall Wer?	Siehe oben 1. _____ 2. _____ 3. _____	Tel. Nummer _____ _____ _____	Wann? _____ _____ _____
Support			
	Namen	Tel. Nummer	
Für den Patienten (neben den oben erwähnten)	_____	_____	
Für die Angehörigen	_____	_____	
Für das betreuende Team	_____	_____	
Bemerkungen			

3. Reguläre Medikation (siehe separates Beiblatt, angeheftet)

Aktuelle Medikamentenliste aus PMS, Datum _____

4. Reservemedikation in der Palliativsituation (Tabelle in Zusammenarbeit mit dem Forum Altenrhein, Forum Stadt St.Gallen, Forum Tannenberg, Forum Toggenburg erarbeitet)

<input type="checkbox"/> Angehörige sind instruiert für subkutane Medikamentenapplikation <input type="checkbox"/> Butterfly gelegt Datum _____ Bemerkungen			
Schmerz	Übliche Dosierung		Anmerkungen
<input type="checkbox"/> Morphin Lösung 2% (1 Tropfen = 1 mg)	5 Tropfen	Bis 1 stündlich	
<input type="checkbox"/> Morphin Amp (10 mg/1ml)	2-5 mg sc	Bis 1 stündlich	
<input type="checkbox"/> Mind. 1/10 der bisherigen Tagesdosis an Morphin			
<input type="checkbox"/> anderes			
Angst			
<input type="checkbox"/> Temesta Exp 1.0mg	1 mg	stdl. bis max. 8 mg	
<input type="checkbox"/> Dormicum Amp (5mg/5ml)	0,5 -1 mg sc	Bis 1 stündlich	
<input type="checkbox"/> anderes			
Unruhe und oder Delir			
<input type="checkbox"/> Haldol Tropfen 2mg/1ml (10 Tropfen = 1 mg)	5 -10 Tr	Bis 1 stündlich	Bei Delir gelegentlich Dosen von 10 – 20 mg notwendig
<input type="checkbox"/> Haldol Amp. 5mg/1ml	1 mg sc	Bis alle 30 Min	
<input type="checkbox"/> Bei massiver Unruhe, Agitiertheit 3 Dosen Haldol, dann 1 Dosis Benzodiazepine (Temesta oder Dormicum)			Weiter mit 3 Dosen Haldol, dann 1 Dosis Benzodiazepine. Bei Alkoholentzugsdelir, primär Benzodiazepine
<input type="checkbox"/> anderes			
Atemnot (gleiche Dosen Morphin bzw. Opiode wie beim Schmerz, wenn nicht anders verordnet)			
<input type="checkbox"/> Morphin Lösung 2% (1 Tropfen = 1 mg)	5 Tropfen	Bis 1 stündlich	
<input type="checkbox"/> Morphin Amp. (10 mg/1ml)	2-5 mg sc	Bis 1 stündlich	Bei schwerer Atemnot und Tachypnoe auch alle 30 Minuten möglich
<input type="checkbox"/> Temesta Exp 1.0 mg	1 mg	Bis 8 mg bis stdl.	max. 8 mg
<input type="checkbox"/> Dormicum Amp (5mg/5ml)	0,5 - 1 mg sc	Bis 1 stündlich	Bei schwerer Atemnot und Tachypnoe auch alle 30 Minuten und in Kombination mit Opioid möglich
<input type="checkbox"/> anderes			
Rasselatmung			
<input type="checkbox"/> Buscopan Amp 20mg/1ml	20 mg sc	Bis 120 mg/d	Falls keine Tachykardie auch mehr als 120 mg
<input type="checkbox"/> anderes			
Übelkeit / Erbrechen (immer eher parenteral verschreiben)			
<input type="checkbox"/> Motilium lingual	1 Tbl	Bis 6 Tbl/d	Paspertin und Motilium eher nicht kombinieren, da ähnlicher/gleicher Wirkmechanismus
<input type="checkbox"/> Paspertin Tropfen (12 Tropfen = 4 mg)	30 Tr	Bis 6 x/d	
<input type="checkbox"/> Paspertin Amp 10mg/2ml	10 mg sc	Bis 6/d	
<input type="checkbox"/> Haldol Tropfen 2mg/1ml (10 Tropfen = 1 mg)	5 - 10 Tropfen	Bis 10 x/d	Mehr als 5mg/d bringt meist nicht mehr
<input type="checkbox"/> Haldol Amp. 5mg/1ml	0,5 - 1 mg sc	Bis 10 x/d	
<input type="checkbox"/> anderes			
Epileptische Anfälle / Status epilepticus			
<input type="checkbox"/> Dormicum Amp 5mg/5ml	1 mg sc		Nach 30 – 60 min wiederholen
<input type="checkbox"/> anderes			