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

Wird von der zuständigen Arztperson gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten 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 |[ ]   |  |
| **Ausnahmen** |       |
| **Bemerkungen** |       |

|  |
| --- |
| **Entscheidungsfindung** |
| **Ziele, Wünsche, Hoffnungender Patientin/des Patienten** |       |

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

**Wichtige Telefonnummern**

Hausarzt:

Spitex:

Notfallnummern: Sanitätsnotruf 144 / Hausärztlicher Notfalldienst 041 870 03 03 / Kantonsspital Uri 041 875 51 51

|  |  |
| --- | --- |
| **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)
 | * Pfefferminze als Raumduft
 |
| 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** |
|       |

|  |
| --- |
| **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**  |
| **Schmerz** |  |
| Morphin 20mg/ml Tropf. p.o. |       |
| Oxynorm 10mg/ml Tropf. p.o. |       |
| Morphin 10mg Amp. [ ]  i.v. [ ]  s.c. |       |
| Morphin Dauerinfusion [ ]  i.v. [ ]  s.c. |       |
| Fentanyl [ ]  TTS [ ]  nasal [ ]  buccal |       |
|       |       |
|       |       |
| **Dyspnoe** |
| Morphin 10mg Amp. [ ]  i.v. [ ]  s.c. |       |
| Morphin 20mg/ml Tropf. p.o. |       |
| Temesta 1mg Exp. p.o. |       |
| Fentanyl [ ]  TTS [ ]  nasal [ ]  buccal |       |
| Sauerstoff (l/min) [ ]  nasal (Ohne COPD: max. 6l/min. undmit COPD: max. 3l/min.) |       |
|       |       |
| **Terminales Rasseln** |
| Buscopan 20mg Amp. [ ]  bolus [ ]  i.v. [ ]  s.c. |       |
| Buscopan 20mg Amp. ad Infusion [ ]  i.v. [ ]  s.c. | Anzahl Ampullen       |
|       |       |
|       |       |
| **Angst** |
| Temesta 1mg Exp. p.o. |       |
|       |       |
|       |       |
| **Delir/Verwirrtheit** |
| Haldol 2mg/ml Tropf. p.o. |       |
| Diazepam Rectaltubes  |       |
| Dormicum nasal |       |
|       |       |
|       |       |
| **Nausea/Emesis** |
| Paspertin 10mg Amp. [ ]  i.v. [ ]  s.c. |       |
| Paspertin Tropf./Tbl. p.o. |       |
| Haldol 2mg/ml Tropf. p.o. |       |
| Temesta 1mg Exp. p.o. |       |
| Mephameson 8mg Amp. i.v.  |       |
|       |       |
|       |       |
| **Harnverhalt** |
| [ ]  Dauerkatheter [ ]  Einmalkatheter  |       |
|       |       |
|       |       |
| **Obstipation** |
| [ ]  Laxoberon Tropf [ ]  Movicol Sachet [ ]  Klistier |       |
|       |       |
|       |       |
| **Diarrhoe** |
| [ ]  Imodium 2mg sublingual |       |
|       |       |
|       |       |

|  |
| --- |
| **Fieber** |
| Diagnostik [ ]  stationär [ ]  ambulant |       |
| Blutkulturen | [ ]  ja [ ]  nein |
| Blutentnahmen | [ ]  ja [ ]  nein |
| UST/Uricult | [ ]  ja [ ]  nein |
| Antibiotika | [ ]  ja [ ]  nein |
|       |       |
|       |       |
| **Fiebersenkende Massnahmen** |
| Novalgin 1g Amp. [ ]  i.v. [ ]  s.c.  |       |
| Novalgin [ ]  Tbl. p.o. [ ]  Tropfen p.o. |       |
| Dafalgan supp. rectal |       |
|       |       |
|       |       |
| **Epilepsie** |
| Rivotril 1mg Amp. i.v. |       |
| Diazepam Rectaltubes  |       |
| Temesta 1mg Exp. p.o. |       |
| Dormicum nasal |       |
|       |       |
|       |       |
| **Blutungen** |
| Transfusion [ ]  EK [ ]  TK | [ ]  ja [ ]  nein |
| Morphin 10mg Amp. [ ]  i.v. [ ]  s.c. |       |
| Morphin 20mg/ml Tropf. p.o. |       |
| Fentanyl [ ]  TTS [ ]  nasal [ ]  buccal |       |
| Dormicum [ ]  i.v. [ ]  s.c. [ ]  nasal |       |
|       |       |
|       |       |
| **Sedation** |
| 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. |       |
|       |       |
| **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

Erarbeitet am 27.09.2021 mit Dr. Beat Müller, Kantonsspital Luzern

Bereinigt am 19.04.2022 mit Dr. Beat Müller, Kantonsspital Luzern, und Dr. Claudia Niewenhuys, Kantonsspital Uri

Genehmigt am 24.05.2022 durch die Steuergruppe Palliative Care Uri

Aktualisiert am 19.01.2024 mit Dr. Beat Müller, Kantonsspital Luzern, und Dr. Claudia Niewenhuys, Kantonsspital Uri

Genehmigt am 16.04.2022 durch Jürg Bollhalder, Kantonsarzt