

Gesundheitliche Vorausplanung



Reservemedikation

Anhang zum Behandlungsplan vom _____ (Datum)

Patientin/Patient, Geburtsdatum, Adresse					

Bestehende Medikation mit Opioiden: _____ Bei bestehender Medikation mit Opioiden muss immer eine angepasste Opioidreserve i.d.R. 10 – 15% der Tages-Grunddosis verordnet sein. Weitere relevante Informationen sollen ergänzt werden: z.B. Datum der Anpassung.					
Schmerzen					
<input type="checkbox"/> Dafalgan	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Novalgintropfen	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Morphintropfen 2% (1 Trpf. = 1 mg)	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ Trpf. _____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Morphin	<input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v.	_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Hydromorphontropfen (20 Trpf. = 1 mg)	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ Trpf. _____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Hydromorphon	<input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v.	_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Andere _____		_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
Nicht-medikamentöse Massnahmen:					
<input type="checkbox"/> Kälte- oder Wärmeanwendung					
<input type="checkbox"/> Einreibung mit _____					
<input type="checkbox"/> Lagerung _____					
Atemnot					
<input type="checkbox"/> Morphintropfen 2% (1 Trpf. = 1 mg)	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ Trpf. _____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Morphin	<input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v.	_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Hydromorphontropfen (20 Trpf. = 1 mg)	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ Trpf. _____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Hydromorphon	<input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v.	_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Andere _____		_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
Nicht-medikamentöse Massnahmen:					
<input type="checkbox"/> z.B. atemunterstützende Lagerung (Oberkörper-Hochlagerung)					
<input type="checkbox"/> Fenster öffnen, kühler Luftzug, Ventilator					
<input type="checkbox"/> Beruhigende Massnahmen: _____					
<input type="checkbox"/> Ruhige Umgebung/Atmosphäre schaffen					
Angst/Unruhe					
<input type="checkbox"/> Temesta	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
<input type="checkbox"/> Dormicum	<input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v.	_____ mg	_____ stdl.	_____ max. mg/d	
Nicht-medikamentöse Massnahmen:					
<input type="checkbox"/> Beruhigende Massnahmen: _____					
<input type="checkbox"/> Ablenkung, Zuwendung					

Übelkeit/Erbrechen				
<input type="checkbox"/> Haldoltropfen 2 mg/ml	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ Trpf.	_____ mg	_____ stdl. _____ max. mg/d
<input type="checkbox"/> Haldol	<input type="checkbox"/> s.c.		_____ mg	_____ stdl. _____ max. mg/d
<input type="checkbox"/> Paspertintropfen	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ Trpf.	_____ mg	_____ stdl. _____ max. mg/d
<input type="checkbox"/> Paspertin	<input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v.		_____ mg	_____ stdl. _____ max. mg/d
Nicht-medikamentöse Massnahmen:				
<input type="checkbox"/> _____				
Obstipation				
<input type="checkbox"/> Laxoberontropfen	<input type="checkbox"/> p.o.	_____ Trpf.		_____ max. mg/d
<input type="checkbox"/> _____ Supp.	<input type="checkbox"/> rektal		_____ mg	_____ stdl. _____ max. mg/d
Rasselatmung				
<input type="checkbox"/> Buscopan	<input type="checkbox"/> s.c.		_____ mg	_____ stdl. _____ max. mg/d
Nicht-medikamentöse Massnahmen:				
<input type="checkbox"/> Lagerung _____				
<input type="checkbox"/> _____				
Fieber				
<input type="checkbox"/> Dafalgan	<input type="checkbox"/> p.o.		_____ mg	_____ stdl. _____ max. mg/d
<input type="checkbox"/> Novalgintropfen	<input type="checkbox"/> p.o.		_____ mg	_____ stdl. _____ max. mg/d
Nicht-medikamentöse Massnahmen:				
<input type="checkbox"/> _____				
Juckreiz				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen:				
<input type="checkbox"/> _____				
Besondere Situationen (z.B. Blutung, Epi-Anfall): _____				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen:				
<input type="checkbox"/> _____				
Besondere Situationen (z.B. Blutung, Epi-Anfall): _____				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen:				
<input type="checkbox"/> _____				

Institution, Name, Vorname Ärztin/Arzt:

Ort, Datum, Unterschrift:

Stempel Ärztin, Arzt / Institution

Name Patientin/Patient _____