

Palliative Reservemedikation[©]

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ FID: _____

Die aktuelle Medikation wurde geprüft und unnötige Medikamente abgesetzt: Ja Nein

| Übliche Einzeldosis in Klammern unter dem jeweiligen Medikament; die freien Zeilen sind für weitere Medikamente | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------|----------------------|
| Medikament (Übliche Anfangsdosierung) | Verordnete Dosierung | Max. Dosis (innerhalb 24h) | Anmerkungen | Start/Datum | Visum Arzt/Ärztin |
| Schmerz | | | | | |
| Wichtig: Mindestens 10% der aktuellen Tagesdosis pro Gabe verordnen bei Vorbehandlung mit retardierten Opioiden | | | | | |
| Oxycodon Lsg. 10 mg/ml (0.25–0.5 ml) | | ml p.o. | bis 2 stündlich (keine Limite) | | |
| Morphin Lsg. 2% (1 Trpf. = 1 mg) (5–10 Trpf.) | | Trpf. p.o. | bis 1 stündlich (keine Limite) | | |
| Morphin Amp. 10 mg/ml (2.5–5 mg) | | mg s.c. | bis 1 stündlich (keine Limite) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Angst/Unruhe/Delir | | | | | |
| Lorazepam Expidet (1–2.5 mg) | | mg p.o. | bis 1 stündlich (max. 8×/24 h) | | |
| Midazolam Amp. 5 mg/ml (1–5 mg) | | mg nasal | bis 1 stündlich (max. 60 mg/24 h) | | |
| Midazolam Amp. 5 mg/ml (1–5 mg) | | mg s.c. | bis 1 stündlich (max. 60 mg/24 h) | | |
| Haloperidol Trpf. 2 mg/ml 10 Trpf. = 1 mg (5–10 Trpf.) | | Trpf. p.o. | bis 1 stündlich (max. 10 mg/24 h) | | |
| Haloperidol Amp. 5 mg/ml (0.5–1 mg) | | mg s.c. | bis 1 stündlich (max. 10 mg/24 h) | | |
| Levomepromazin Trpf. 40 mg/ml (1 Trpf. = 1 mg) | | Trpf. p.o. | bis alle 4–6 h (max. 250 mg/24 h) | | |
| Levomepromazin Amp 25 mg/ml (6.25 mg) | | mg s.c. | bis alle 4–6 h (max. 250 mg/24 h) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Atemnot | | | | | |
| Morphin Lsg. 2% (Trpf. = 1 mg) (5–10 Trpf.) | | Trpf. p.o. | bis alle 30 Min. (keine Limite) | | |
| Morphin Amp. 10 mg/ml (2.5–5 mg) | | mg s.c. | bis alle 30 Min (keine Limite) | | |
| Lorazepam Expidet (1–2.5 mg) | | mg p.o. | bis 1 stündlich (max. 8×/24 h) | | |
| Midazolam Amp. 5 mg/ml (1–5 mg) | | mg s.c. | bis 1 stündlich (max. 60 mg/24h) | | |
| Midazolam-Nasenspray 1 mg/Hub (1–5 mg) | | Hub nasal | bis 1 stündlich (max. 60 mg/24h) | | |
| Sauerstoff (1–4 l via Nasenbrille) | | L/min | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Datum: _____ Unterschrift Arzt/Ärztin inkl. Stempel: _____

| Rasselatmung | | | | | |
|--|--|---------------|--|--|--|
| Butylscopolamin Amp. 20 mg/ml (20 mg) | | mg s.c. | bis alle 4–6 h (max. 120 mg / 24 h) | | |
| Übelkeit / Erbrechen | | | | | |
| Metoclopramid Tbl. 10 mg (10 mg) | | mg p.o. | bis alle 4–6 h (max. 120 mg / 24 h) | | |
| Metoclopramid Amp. 10 mg/2 ml (10 mg) | | mg s.c. | bis alle 4–6 h (max. 120 mg / 24 h) | | |
| Haloperidol Trpf. 2 mg/ml 10 Trpf. = 1 mg (5–10 Trpf.) | | Trpf. p.o. | bis 1 stündlich (max. 10 mg / 24 h) | | |
| Haloperidol Amp. 5 mg/ml (0.5–1 mg) | | mg s.c. | bis 1 stündlich (max. 10 mg / 24 h) | | |
| Domperidon lingual 10 mg (10 mg) | | mg p.o. | bis alle 4–6 h (max. 80 mg / 24 h) | | |
| Ondansetron Amp 4 mg / 2 ml (4 mg) | | mg s.c. | bis alle 12 h (max. 16 mg / 24 h) | | |
| Dexamethason Amp. 4 mg/ml (4 mg) | | mg s.c. | bis alle 12 h (max. 160 mg / 24 h) | | |
| Verstopfung | | | | | |
| Movicol Sachet (1–2 Sachet morgens) | | Sachet | max. 3 Sachet / 24 h | | |
| Laxoberon Trpf. (5–20 Trpf. / 24 h, abends) | | Trpf. p.o. | max. 40 Trpf. / 24 h | | |
| Clyssie (1 Klist. / 24 h) | | Klist | max. 2 Klist. / 24 h | | |
| Bisacodyl Supp. (1 Supp / 24 h) | | Supp | max. 2 Supp. / 24 h | | |
| Akutes Ereignis (Lungenembolie, Epileptischer Anfall, starke Blutung) | | | | | |
| Midazolam-Nasenspray 1 mg / Hub (5–10 mg) | | Hub nasal | bis alle 10–15 Min. (max. 60 mg / 24 h) | | |
| Midazolam nasal via MAD- Vernebler (5–10 mg) | | mg nasal | bis alle 10–15 Min. (max. 60 mg / 24 h) | | |

Quellen: © modifiziert nach *palliative ostschweiz*, Palliativzentrum KSSG, C. Bausewein «Leitfaden Palliative Care», Eychmüller «Palliativmedizin Essentials»

Die Medikamentendosierungen liegen in der Verantwortung des jeweiligen Verordnenden.

Dieser Plan kann als Ganzes oder in jeder Zeile einzeln unterschrieben werden.
Falls als Ganzes verordnet bitte hier visieren:

Datum: _____ **Unterschrift Arzt/Ärztin inkl. Stempel:** _____

Eine neuer Plan kann unter: www.koordinationpalliative-sh.ch heruntergeladen werden oder
via E-Mail: info@koordinationpalliative-sh.ch angefordert werden.