|  |
| --- |
| **Personalien Plan Nr.** [ ] **m/**[ ] **w/**[ ] **unbestimmt** |
| **Adresse**                | **Mutter**Name:      Tel. Nr.:      E-Mail:      [ ]  Dolmetscher nötig für vertiefende GesprächeKontakt Dolmetscher:       |
| **Vater**Name:      Tel. Nr.:      E-Mail:      [ ]  Dolmetscher nötig für vertiefende GesprächeKontakt Dolmetscher:       |
| Geschwister (Alter?)       |
| **Sprache(n)**      | Wichtige Bezugsperson für schwierige Gespräche:      Tel. Nr.:      E-Mail:       |
| **Religion / Spiritual Care / Lebensende**Begleitung im Spital (oder zu Hause) durch folgende Konfession gewünscht      Kontaktdaten für Seelsorge/Spirituelle Begleitung:      Wunsch für Rituale (Taufe, Segnung):  |
| Name Kind:  | Geburtsdatum:  | Datum Ersterfassung:zuletzt angepasst am: |
| Vorname Kind:  | ausgefüllt von:  |
| **Anamnese Schwangerschaft und Mutter****Gravida**      ; **Para**      ; **Errechneter Geburtstermin**     **Wichtige Informationen Anamnese Mutter**      **Wichtige Informationen Familienanamnese**       |
| **(Verdachts-)Diagnosen des Fetus/Kindes:**           | **Gewicht:**      kg |
| **Länge:**      cmErhoben/aktualisiert am:       |
| **START-Neo:** Summe:      Erhoben/aktualisiert am:       |
| **Pränatale Beratung** [ ]   **Name Beratungsperson:**      Zusammenfassung [ ]   **nicht relevant**      |
| **Geburtshilfliche Aspekte und Elternwunsch** [ ]   **nicht relevant**CTG Überwachung Ja [ ]  Nein [ ] Sectio aus kindlicher Indikation Ja [ ]  Nein [ ] Asservierung von Nabelschnurblut zur genetischen Untersuchung Ja [ ]  Nein [ ] Dringender Wunsch der Eltern für die Geburt:       |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Neonatologische Aspekte**Wichtiger Wunsch der Eltern nach der Geburt:      [ ]  Familienzimmer[ ]  Hausgeburt[ ]  Geburtshaus[ ]  Ggf. Spätere Entlassung mit Begleitung durch PACT nach Hause bei Möglichkeit gewünscht[ ]  Herzensbilder gewünscht? Organisation durch:      ; Gewünschte Bezugspersonen, die anwesend sein sollten:       |
| **Notfallkontakte betreffend Situation des Kindes (Name/Funktion/Erreichbarkeit/Tel Nr.)**1.
2.
3.
 |
| **Zu erwartende Symptomatik**1.
2.
3.
4.
 | Stufenplan (Details siehe Seite 3)1.
2.
3.
4.
 |
| **Reanimationsstatus** **Rea-Vorgehen gemäss Standard (z.B. PALS)**  ja [ ]  ( = keine individuelle Anpassung) differenziert [ ]  ( = s. unten) | **Ergänzende Information zum Reanimationsstatus** (zwingend falls "differenziert (diff.)")**Beschreibung differenziertes Vorgehen**     **Begründung / Wertehaltung**      |
| **Therapieoptionen****Herzdruckmassage** ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Monitoring ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Parenterale Ernährung ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Sauerstoff-Supplem. ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ]  Antibiotika ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Absaugen ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Bebeuteln ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Verlegung auf IPS ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Nicht-invasive Vent. ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Invasive Beatmung ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Katecholamine ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ]  |
| **Schmerz, Atemnot, starke Unruhe**[ ]  Morphin oral/Sonde Dosis       (Empfehlung 0.2mg/kg/Dosis)Wiederholung der Einzelgaben nach      [ ] Andere Opiate oder Verabreichungsweg (s.c.)Name       Applikation       Dosierung      [ ] Diazepam rektalDosierung       | **Für erweiterte Massnahmen / Diagnostik:****[ ]  invasive Diagnostik (inkl. Blutentnahmen)**[ ]  **i.v. Zugang** |
| **Spezialfall Rea-Vorgehen intra/perioperativ****CPR / Herzdruckmassage** ja [ ]  nein [ ]  | Anmerkung:       |
| Vorgehen bei Versterben des Kindes bzgl. Begleitung/Bestattung      Aufbahrung nach Versterben zu Hause ist gewünscht? [ ]  Ja, Organisation durch:      ; [ ] Unklar; [ ]  Nein |
| Besprochen zuletzt am:       , durch:      Gespräch geplant:       |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Besondere Wünsche und wichtige Kraftquellen/Ressourcen der Familie** |
|         |

| **Haltung und Verordnung zu erweitertem Symptom-/Problemmanagement****Medikamentöse und nicht-medikamentöse Massnahmen** |
| --- |
| **Gibt es eine separate ärztliche Verordnung für die medikamentöse Behandlung?**Ja [ ] , siehe separater Mediplan / Verordnung unter (keine Unterschrift nötig) Nein [ ] , dann Unterschrift Arzt/Ärztin.Name:       Datum:       Unterschrift:        |
|  |
| Schmerzen |       |
| Atemnot/ Übermässige Sekretproduktion |       |
| Ernährung/Flüssigkeitszufuhr  |       |
| Obstipation/ Durchfall |       |
| Übelkeit/ Erbrechen |       |
| Neurologische Probleme (Epilepsie, Hirndruck, Dystonie, Spastizität) |       |
| Unruhe |       |
| Infektionen/ Fieber |       |
| Blutung |       |
| Urinausscheidung |       |
| Schlaf/ Fatigue |       |
| Hautveränderungen |       |
| Juckreiz |       |
|       |       |
|  |       |
|  |       |

| **Netzwerk (Kontakte)** |
| --- |
| **Betreuungsteam/ Adressen** | **Zuständig für** | **Erreichbarkeit** | **Telefonnummer****Mail-Adresse** | **Info NF/ RT/EFB\*** | **Kopie BP** |
| **Fallführung:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Kinderarzt/-ärztin:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Gynkäkolog/in ambulant**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Gynkäkolog/in stationär**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Hebamme**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **SpezialistIn/ Facharzt/-ärztin:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **SpezialistInnen PACT:**Ärztlich:     Pflegerisch:       |            |            |            | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |
| **Advanced Care Management:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Bezugspflegende / Pflegeberatung:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Kinderspitex, Bezugspflegefachperson:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Sozialberatung:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **PsychologIn:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Ernährungsberatung/Still-beratung:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **PhysiotherapeutIn**:       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Andere TherapeutInnen:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Seelsorge:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Apotheke/Homecare:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Freiwillige:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
|      **:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
|      **:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |

\*Bei Notfällen (bzw. Notfallhospitalisationen) oder Rundtischen bzw. ethischen Fallbesprechungen werden die Betreuungspersonen in der 5. Spalte zeitnah informiert. Den (aktualisierten) Betreuungsplan und wichtige Berichte erhalten die Personen der 6. Spalte.