

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



Name:            Vorname:            Geburtsdatum:

<b>Neonatologische Aspekte</b> Wichtiger Wunsch der Eltern nach der Geburt: <input type="checkbox"/> Familienzimmer <input type="checkbox"/> Hausgeburt <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Ggf. Spätere Entlassung mit Begleitung durch PACT nach Hause bei Möglichkeit gewünscht <input type="checkbox"/> Herzensbilder gewünscht? Organisation durch:            ; Gewünschte Bezugspersonen, die anwesend sein sollten:																																													
<b>Notfallkontakte betreffend Situation des Kindes (Name/Funktion/Erreichbarkeit/Tel Nr.)</b> 1. 2. 3.																																													
<b>Zu erwartende Symptomatik</b> a. b. c. d.	Stufenplan (Details siehe Seite 3) a. b. c. d.																																												
<b>Reanimationsstatus</b> <b>Rea-Vorgehen gemäss Standard (z.B. PALS)</b> ja <input type="checkbox"/> (= keine individuelle Anpassung) differenziert <input type="checkbox"/> (= s. unten)	<b>Ergänzende Information zum Reanimationsstatus</b> (zwingend falls "differenziert (diff.)")																																												
<b>Therapieoptionen</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><b>Herzdruckmassage</b></td> <td style="width: 10%;">ja <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">diff. <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitoring</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Parenterale Ernährung</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sauerstoff-Supplem.</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antibiotika</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Absaugen</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bebeuteln</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verlegung auf IPS</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nicht-invasive Vent.</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Invasive Beatmung</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Katecholamine</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>diff. <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Herzdruckmassage</b>	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Monitoring	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Parenterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sauerstoff-Supplem.	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Antibiotika	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Absaugen	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bebeuteln	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Verlegung auf IPS	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Nicht-invasive Vent.	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Invasive Beatmung	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Katecholamine	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<b>Beschreibung differenziertes Vorgehen</b>  <b>Begründung / Wertehaltung</b>
<b>Herzdruckmassage</b>	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Monitoring	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Parenterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Sauerstoff-Supplem.	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Antibiotika	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Absaugen	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Bebeuteln	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Verlegung auf IPS	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Nicht-invasive Vent.	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Invasive Beatmung	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
Katecholamine	ja <input type="checkbox"/>	diff. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																										
<b>Schmerz, Atemnot, starke Unruhe</b> <input type="checkbox"/> Morphin oral/Sonde Dosis            (Empfehlung 0.2mg/kg/Dosis)  Wiederholung der Einzelgaben nach  <input type="checkbox"/> Andere Opiate oder Verabreichungsweg (s.c.)  Name            Applikation            Dosierung  <input type="checkbox"/> Diazepam rektal Dosierung	<b>Für erweiterte Massnahmen / Diagnostik:</b> <input type="checkbox"/> <b>invasive Diagnostik (inkl. Blutentnahmen)</b>  <input type="checkbox"/> <b>i.v. Zugang</b>																																												
<b>Spezialfall Rea-Vorgehen intra/perioperativ CPR / Herzdruckmassage</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anmerkung:																																												
Vorgehen bei Versterben des Kindes bzgl. Begleitung/Bestattung Aufbahrung nach Versterben zu Hause ist gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja, Organisation durch:            ; <input type="checkbox"/> Unklar; <input type="checkbox"/> Nein																																													
Besprochen zuletzt am:            , durch:																																													
Gespräch geplant:																																													

Name:            Vorname:            Geburtsdatum:

<b>Was macht            's Lebensqualität aus:</b>
<b>Besondere Wünsche und wichtige Kraftquellen/Ressourcen der Familie:</b>

<b>Haltung und Verordnung zu erweitertem Symptom-/Problemmanagement                      Medikamentöse und nicht-medikamentöse Massnahmen</b>	
<b>Gibt es eine separate ärztliche Verordnung für die medikamentöse Behandlung?</b>	
Ja <input type="checkbox"/> , siehe separater Mediplan / Verordnung unter (keine Unterschrift nötig)	
Nein <input type="checkbox"/> , 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	



Name:            Vorname:            Geburtsdatum:

<b>Netzwerk (Kontakte)</b>				
Betreuungsteam/ Adressen	Zuständig für	Erreichbarkeit	Telefonnummer Mail-Adresse	Kopie BP*
Fallführung:				<input type="checkbox"/>
Kinderarzt/-ärztin:				<input type="checkbox"/>
Gynäkolog/in ambulant				<input type="checkbox"/>
Gynäkolog/in stationär				<input type="checkbox"/>
Hebamme				<input type="checkbox"/>
SpezialistIn/ Facharzt/-ärztin:				<input type="checkbox"/>
<b>Bezugs- PACT:</b>  <b>Stellvertretungen:</b> Jürg Streuli Ursula von Mengershausen Monika Fischer Lea Bollag				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Sekretariat PACT:</b>	Administrative Tätigkeiten	Mo-Do, 8-16 Uhr	Info.pact@kispisg.ch	<input type="checkbox"/>
<b>Bezugspflegende / Pflegeberatung:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Kinderspitex, Bezugspflegefachperson:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Sozialberatung:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>PsychologIn:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Ernährungsberatung/Still-beratung:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>PhysiotherapeutIn:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Andere TherapeutInnen:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Seelsorge:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Apotheke/Homecare:</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Freiwillige:</b>				<input type="checkbox"/>
:				<input type="checkbox"/>
:				<input type="checkbox"/>

\*Den (aktualisierten) Betreuungsplan und wichtige Berichte erhalten die Personen der 5. Spalte.