|  |
| --- |
| **Personalien des Kindes Plan Nr.** [ ]   [ ]   [ ]  C:\Users\i0300124\AppData\Local\Packages\Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe\TempState\Downloads\kisspng-gender-symbol-transgender-hermaphrodite-intersex-symbols-5ac2c543e2e6c6.6902145315227139239294 (1).png |
| Name:  | Geburtsdatum:  | Datum Ersterfassung:zuletzt angepasst am: |
| Vorname:  | ausgefüllt von:  |
| **Adresse**                | **Mutter**Name:      Tel. Nr.:      E-Mail:       |
| **Vater**Name:      Tel. Nr.:      E-Mail:       |
| Andere Tel.:      |
| **Schule / Heim**           | Bezugsperson:      Tel. Nr.:      E-Mail:       |
| **Religion**       |
| **Sprache**       **Dolmetscher (falls bekannt)**      |
| **Diagnosen**           | **Gewicht:**      kg |
| **Länge:**      cmErhoben/aktualisiert am:       |
| **START:** Summe:      Erhoben/aktualisiert am:       |
| **Allergien/Unverträglichkeiten** [ ]   **nicht relevant**      |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Notfallmanagement** |
| **Notfallkontakte (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****CPR /** **Herzdruckmassage** ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Notfalldiagnostik ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ]  Sauerstoff 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 [ ] Intubation ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ] Katecholamine ja [ ]  diff. [ ]  nein [ ]  |
| **Spezialfall Rea-Vorgehen intra/perioperativ****CPR / Herzdruckmassage** ja [ ]  nein [ ]  | Anmerkung:       |
| Besprochen zuletzt am:       , durch:      Gespräch geplant:       |

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

|  |
| --- |
| **Besondere Wünsche und wichtige Kraftquellen/Ressourcen der Familie** |
| **Kind / Patient**        |
| **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/ Angst/ Depression |       |
| 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:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **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.

|  |
| --- |
| **Vorschlag Email-Verteiler für Einladung zu Rundtisch, ethischem Gespräch etc.:**        |

**Anhänge:**