

Patient		
Name	Vorname	Pflegekraft
Straße	Geb.	Telefon (Pflegekraft)
PLZ, Ort	Besuchsdatum	Therapiebeginn

Medikation Pumpenbefüllung		Zusatzmedikamente	
Medikation	Tagesdosis	Medikation	Tagesdosis

Pumpe und Einstellungen	
Pumpentyp	Applikationssystem

Konzentration _____ mg/ml	Boluszeit _____ min	Anforderungen _____	Batterie
Kontinuierlich _____ mg/h	Sperrzeit _____ min	davon positiv _____	Kassette
Bolusgröße _____ mg	Verbrauch _____ ml	PCA-Verbrauch _____ mg	Uhrzeit _____

Schmerzlokalisierung		Schmerzwerte	
<input type="checkbox"/> Kopf/Hals	<input type="checkbox"/> Steiß/LWS	(0: kein Schmerz, 10: stärkster Schmerz)	
<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> obere Extremitäten	<input type="checkbox"/> nach NRS Ruhe	
<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> untere Extremitäten	<input type="checkbox"/> nach NRS Belastung	
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> mehrere Regionen	<input type="checkbox"/> Patient zufrieden	
<input type="checkbox"/> Becken/Genitalbereich		<input type="checkbox"/> Patient NICHT zufrieden	

Zugangsart		Nebenwirkungen	
<input type="checkbox"/> s.c.		0: o.B., 1: leicht, 2: mittel, 3: schwer, sonst siehe Legende; therapiebedingt: w = wahrscheinlich, u = unwahrscheinlich	
<input type="checkbox"/> Port		<input type="checkbox"/> Sedierung*	<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Hickmann		<input type="checkbox"/> Obstipation*	<input type="checkbox"/> Miktionsstörungen
<input type="checkbox"/> p.d.		<input type="checkbox"/> Übelkeit*	<input type="checkbox"/> Schwitzen
<input type="checkbox"/> spinal		<input type="checkbox"/> Erbrechen*	<input type="checkbox"/> Juckreiz
		<input type="checkbox"/> Dyspnoe*	<input type="checkbox"/> Angst/Unruhe

Schlaf	Ernährungszustand	Kanofsky-Index
(0: kein Schlaf, 3: tiefer Schlaf)		
<input type="checkbox"/> Schlafqualität	_____ kg Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
_____ Stunden Schlafdauer	_____ m Körpergröße	
	BMI ($[\text{Gewicht}]/[\text{Größe}]^2$)	

Karnofsky-Index

- 100 Normale Aktivität, keine Beschwerden, kein Hinweis für Tumorleiden
- 90 Geringfügig verminderte Aktivität und Belastbarkeit
- 80 Normale Aktivität nur mit Anstrengung, deutlich verringerte Aktivität
- 70 Unfähigkeit zu normaler Aktivität, versorgt sich aber selber
- 60 Gelegentliche Hilfe erforderlich, versorgt sich noch weitgehend selbst
- 50 Ständige Unterstützung und Pflege, häufige ärztliche Hilfe notwendig
- 40 Überwiegend bettlägrig, spezielle Hilfe erforderlich
- 30 Dauernd bettlägrig, geschulte Pflegekraft notwendig
- 20 Schwerkrank, Hospitalisierung, aktive supportive Therapie
- 10 Moribund

*Nebenwirkungen

- | | | | |
|-------------------|--|-------------------|--|
| Sedierung | 1: leicht sediert auf Ansprache
2: starke sediert auf Berührung
3: schwer erweckbar trotz Schmerzreizung | Erbrechen: | 1: leicht (1-2 mal /24 h)
2: mittel (3-5 mal /24 h)
3: stark (6-8 mal /24 h)
4: sehr stark (>8 mal /24 h) |
| Obsipation | 1: > 72 h kein Stuhlgang
2: nach > 72 h kein Stuhlgang trotz Verstärkung der Abführmaßnahmen
3: nach > 72 h kein Stuhlgang, massive Abführmaßnahmen erforderlich
4: Ileus | Dyspnoe: | 1: nur bei Belastung
2: zeitweise in Ruhe und bei Belastung
3: ständig, Ruhedyspnoe
4: Erstickenanfall |
| Übelkeit | 1: zeitweise auftretend d 2: anhaltend, > 12 h | | |

Besonderheiten / Therapieveränderungen / Dosisänderungen / Probleme
