

## Screening - Bedarf Palliative Care

gemäss PalliDetect (P-CaRES-D)

|                               |                            |                          |               |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------|
| <b>Name Patient*in:</b>       | <b>Vorname Patient*in:</b> | <b>Ausgefüllt durch:</b> | <b>Datum:</b> |
| <b>Geb. Datum Patient*in:</b> |                            |                          |               |

| 1. Hat die Patientin / der Patient eine lebenslimitierende Erkrankung? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | <b>Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankungen des ZNS</b> (z.B. St. n. Schlaganfall, ALS, Morbus Parkinson): benötigt Unterstützung in den meisten Bereichen der Selbstversorgung (z.B. bei Mobilisation, Körperpflege) und/oder minimale verbale Ausdrucksfähigkeit.              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | <b>Fortgeschrittene Krebserkrankung:</b> Metastasierter oder lokal aggressiver Tumor.                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | <b>Nierenkrankheit im Endstadium (chronisches Nierenversagen):</b> Chronische Dialysetherapie oder Baseline Serum-Kreatinin > 530 µmol/l.                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | <b>Fortgeschrittene COPD:</b> Kontinuierliche Heimsauerstofftherapie oder chronische Ruhedyspnoe.                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | <b>Fortgeschrittene Herzinsuffizienz:</b> Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen (AP) oder rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe.                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | <b>Leberkrankheit im Endstadium (chronisches Leberversagen):</b> Rezidivierender Aszites, GI-Blutung oder hepatische Enzephalopathie.                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | <b>Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion):</b> Brauchte Aufnahme auf Intensivstation <b>und</b> hat relevante vorbestehende Komorbidität.                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | <b>Nach Ermessen des zuständigen Behandlungsteams – hohe Wahrscheinlichkeit für rasch eintretenden Tod:</b><br>Beispiele: Hüftfraktur bei über 80-Jährigen; schweres Trauma bei älteren Personen (mehrfache Rippenbrüche, intrakranielle Blutungen); fortgeschrittenes AIDS, usw. |
| <div> <div> <b>Nichts angekreuzt?</b><br/>STOP! Das Screening ist fertig.         </div> <div> <b>Einen oder mehrere Punkte angekreuzt?</b><br/>Screening FORTFAHREN.         </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



| 2. Hat die Patientin / der Patient Hinweise für Bedarf an Palliative Care? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Häufige Spitalbesuche:</b> 2 oder mehr Vorstellungen auf der Notfallstation oder 2 oder mehr Spitalaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monate.                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Unkontrollierte Symptome:</b> Konsultation auf Grund von unkontrollierten Symptomen wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/Erschöpfung, usw.                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Funktionelle Verschlechterung:</b> z.B. Mobilitätsverlust, häufige Stürze, verminderte Nahrungsaufnahme, Dekubitus, usw.                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsziele und/oder Überlastung der Betreuungsperson(en):</b> Die langfristigen Bedürfnisse können von der Betreuungsperson nicht abgedeckt werden; Unsicherheiten/Sorge betreffend der Therapie- resp. Behandlungsziele. |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                              | <b>«Surprise Question»:</b> Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 6 Monate versterben würde.                                                                                                                        |
| <div> <div> <b>Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt?</b><br/>STOP! Das Screening ist beendet.         </div> <div> <b>ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt?</b><br/>Empfehlung Kontaktaufnahme mit MPD oder Palliative Care Konsilium         </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                 |

nach iplan-care.ch