|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien Plan Nr.** **m/****w/****unbestimmt** | | | | |
| **Adresse** | | **Mutter**  Name:  Tel. Nr.:  E-Mail:  Dolmetscher nötig für vertiefende Gespräche  Kontakt Dolmetscher: | | |
| **Vater**  Name:  Tel. Nr.:  E-Mail:  Dolmetscher nötig für vertiefende Gespräche  Kontakt Dolmetscher: | | |
| Geschwister (Alter?) | | |
| **Sprache(n)**    **Dolmetscher (falls bekannt)** | | 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:**      cm  Erhoben/aktualisiert am: |
| **START-Neo:**  Intensitätsstufe  (Radar/(IM-)PACT:  Punkte:  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.)** | |
| **Zu erwartende Symptomatik** | Stufenplan (Details siehe Seite 3) |
| **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.