|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | Ausgefüllt und inhaltlich angepasst  von  am | |
| **Vorname** |  | |
| **Eltern / Erziehungsberechtigte Person**  Rolle:  Name:  Tel. Nr.:  E-Mail:  Rolle:  Name:  Tel. Nr.:  E-Mail: | | **Adresse** | | |
| **Geschwister (Name und Geburtsdatum)** | | |
| Andere Bezugsperson:  Tel. Nr.:  E-Mail: | | |
| **Schule / Heim**      Bezugsperson: | | **Spiritualität / Religion** | | |
| **Sprache**       **Dolmetscher (falls bekannt)** | | | | |
| **Relevante Diagnosen** | | | | **Gewicht:**      kg |
| **Länge:**      cm  Erhoben/aktualisiert am: |
| **START:**  Intensitätsstufe  (Radar/(IM-)PACT:  Punkte:  Erhoben/aktualisiert am: |
| **Relevante Allergien / Nebenwirkungen / Unwirksamkeiten**  **Notfallausweis vorhanden** | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Notfallmanagement** | |
| **Notfallkontakte (Name/Funktion/Erreichbarkeit/Tel Nr.)** | |
| **Mögliche Notfallsituationen** | **Vorgehen** (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**  **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 |
| **Optionale Begründung / Indikation intensivmedizinischer Massnahmen** |
| **Spezialfall Rea-Vorgehen intra/perioperativ**  CPR / Herzdruckmassage ja  nein |
| 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 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

| **Betreuungsteam/ Adressen** | **Zuständig für** | **Erreichbarkeit** | **Telefonnummer**  **Mail-Adresse** | **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.

Der Nutzung von digitalen Kommunikationskanälen wird von Eltern (und falls angemessen) Kind zugestimmt (Ausnahmen:      )

**Anhänge:**