|  |
| --- |
| **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:**  cmErhoben/aktualisiert am:  |
| **START:** Intensitätsstufe (Radar/(IM-)PACT: Punkte: Erhoben/aktualisiert am:  |
| **Relevante Allergien / Nebenwirkungen / Unwirksamkeiten** [ ]  **Notfallausweis vorhanden** |
| **Was macht       ’s Lebensqualität aus:** |
| **Besondere Wünsche und wichtige Kraftquellen/Ressourcen von Kind / Patient und Familie:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **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:  |
| **Vorgehen auf der Notfallstation** |

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

| **Haltung und Verordnung zu erweitertem Symptom-/Problemmanagement****Medikamentöse und nicht-medikamentöse Massnahmen** |
| --- |
| Bezüglich Medikamente und genauen Dosierungen siehe separaten Mediplan.Hier keine Dosierungsangaben. |
|
| 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 |  |
| Mobilität |  |
|  |  |
|  |  |

| **Betreuungsteam/ Adressen** | **Zuständig für** | **Erreichbarkeit** | **Telefonnummer****Mail-Adresse** | **Kopie BP\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fallführung:**  |  |  |  | [ ]  |
| **Kinderarzt/-ärztin:** |  |  |  | [ ]  |
| **SpezialistIn/ Facharzt/-ärztin:** |  |  |  | [ ]  |
| **Bezugs- PACT:****Stellvertretungen**: Jürg StreuliUrsula von MengershausenMonika FischerLea Bollag |  |  |  | [ ]  |
| **Sekretariat PACT:** | Administrative Tätigkeiten | Mo-Do, 8-16 Uhr | Info.pact@kispisg.ch | [ ]  |
| **Bezugspflegende / Pflegeberatung:**  |  |  |  | [ ]  |
| **Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:**  |  |  |  | [ ]  |
| **Kinderspitex, Bezugspflegefachperson:**  |  |  |  | [ ]  |
| **Sozialberatung:**  |  |  |  | [ ]  |
| **PsychologIn:**  |  |  |  | [ ]  |
| **Ernährungsberatung/Still-beratung:**  |  |  |  | [ ]  |
| **PhysiotherapeutIn**:  |  |  |  | [ ]  |
| **Andere TherapeutInnen:**  |  |  |  | [ ]  |
| **Seelsorge:**  |  |  |  | [ ]  |
| **Apotheke/Homecare:**  |  |  |  | [ ]  |
| **Freiwillige:** |  |  |  | [ ]  |
|  **:**  |  |  |  | [ ]  |
|  **:**  |  |  |  | [ ]  |

\* Den (aktualisierten) Betreuungsplan und wichtige Berichte erhalten die Personen der 5. Spalte.

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

**Anhänge:**