

## ÄRZTLICHE MEDIKAMENTENVERORDNUNG

Datum	Verordnungen				Visum Arzt
	Folgende Medikamente <b>stoppen:</b>				
	Folgende Medikamente <b>fix weiter:</b> (aus vorbestehendem Medikamentenplan übernehmen)				
	<b>Medikamente, inkl. Reservemedikation:</b>				
	<b>Schmerz</b>				
	<input type="checkbox"/> Morphin® <b>fix</b>	_____ mg sc	alle _____ Std.	max. _____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Morphin® <b>fix</b> (2% Trpf.)	_____ mg Trpf. po	alle _____ Std.	max. _____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Morphin® <b>Reserve</b>	_____ mg sc	alle _____ Std. (a.e. 1 - 3 stdl.)	max. _____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Morphin® <b>Reserve</b> (2% Trpf.)	_____ mg Trpf. po	alle _____ Std.	max. _____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Alternative: (z. B. Fentanyl sublingual / nasal)		alle _____ Std	max. _____ / Tag	
	<b>Dyspnoe</b>				
	<input type="checkbox"/> Morphin® <b>fix</b>	_____ mg sc	alle _____ Std.	max. _____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Morphin® <b>fix</b> (2% Trpf.)	_____ mg Trpf. po	alle _____ Std.	max. _____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Morphin® <b>Reserve</b>	_____ mg sc	alle _____ Min.	max. _____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Morphin® <b>Reserve</b> (2% Trpf.)	_____ mg Trpf. po	alle _____ Min.	max. _____ / Tag	

Datum	Verordnungen				Visum Arzt
	<b>Dyspnoe 2. Linie</b>				
	<input type="checkbox"/> Temesta exp.® <b>fix</b>	<input type="checkbox"/> 1 mg sl <input type="checkbox"/> 2.5 mg sl	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Dormicum® (Midazolam) <b>Reserve</b>	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Dormicum® (Midazolam) (MAD 5mg/1ml) <b>Reserve</b>	____ mg Stösse nasal	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Sauerstoff	____ Lit. O2		max. ____ / Tag	
	<b>Unruhe</b>				
	<b>Caue:</b> Delir (mögliche Ursachen: Dehydratation, Obstipation, Harnverhalt, Infekt, Fieber, Hypoxie, Blutzucker)				
	<input type="checkbox"/> Haldol® <b>fix</b>	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Haldol® 2% Trpf. <b>fix</b>	____ mg Trpf. po	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Haldol® <b>Reserve</b>	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Haldol® 2% Trpf. <b>Reserve</b>	____ mg Trpf. po	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<b>Unruhe 2. Linie</b>				
	<input type="checkbox"/> Temesta exp.® (Lorazepam) <b>fix</b>	<input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> 2.5 mg	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Dormicum® (Midazolam) <b>Reserve</b>	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Dormicum® (Midazolam) (MAD 5mg/1ml) <b>Reserve</b>	____ mg Stösse nasal	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<b>Nausea / Emesis</b>				
	<b>Gastrointestinal:</b>				
	<input type="checkbox"/> Motilium® (Domperidon) / Paspertin® /Primperan® (Metoclopramid) 10mg Tbl. <b>fix</b>	1 Tbl. po	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Motilium® (Domperidon) / Paspertin® /Primperan® (Metoclopramid) 10mg Tbl. <b>Reserve</b>	____ Tbl. po	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<b>Neurologisch (Hirndruck)</b>				
	<input type="checkbox"/> Mephameson® /Fortecortin <b>fix</b>	<input type="checkbox"/> 4 mg sc <input type="checkbox"/> 8 mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Mephameson® /Fortecortin <b>Reserve</b>	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Haldol® <b>fix</b>	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Haldol® 2% Trpf. <b>fix</b>	____ mg Trpf. po	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Haldol® <b>Reserve</b>	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Haldol® 2% Trpf. <b>Reserve</b>	____ mg Trpf. po	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	

Datum / Visum Arzt	Verordnungen				Visum Arzt
	<b>Obstipation</b>				
	1. Weichmacher: z. B. Marcrogol, Movicol, Duphalac, ect.) Medikament:		pro Tag	max. ____ / Tag	
	2. Stimulantien (Laxoberon, Dulcolax) Medikament:		pro Tag	max. ____ / Tag	
	3. Rectal (nur bei voller Ampulle) Medikament:		pro Tag	max. ____ / Tag	
	<b>Diarrhoe</b>				
	Medikament:		pro Tag	max. ____ / Tag	
	<b>Epilepsie (Anfall &gt; 5 Min).</b>				
	<input type="checkbox"/> Dormicum® (Midazolam) 3 mg <b>Reserve</b>	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Dormicum® (Midazolam) (MAD 5mg/1ml) <b>Reserve</b>	____ Stösse nasal	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Rivotril® mg	____ mg sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Rivotril® mg	____ mg iv	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<i>Falls Patient nicht sterbend, kausale Therapie erwägen.</i>				
	<b>Sterberasseln (fix und/oder bei Bedarf)</b>				
	<input type="checkbox"/> Buscopan® 20 mg <b>fix</b>	____ Amp. sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	<input type="checkbox"/> Buscopan® 20 mg <b>Reserve</b>	____ Amp. sc	alle ____ Std.	max. ____ / Tag	
	Flüssigkeitsreduktion auf:				

