

## Dokumentation Arzneimittelanwendung im Off-Label-Use

### rektale Applikation

Vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit nehmen, Ihre Off-Label-Anwendung zu dokumentieren. So können wir diese anonym in unserer Datenbank erfassen und das gesammelte Wissen bei der Therapieplanung anderer Patient:innen berücksichtigen!

Bitte folgende Daten möglichst vollständig dokumentieren (ggf. Zusatzblatt benutzen). Bogen nach Abschluss der Behandlung zurücksenden an: [info@arzneimittel-palliativ.de](mailto:info@arzneimittel-palliativ.de) E-Mail  
 Kontaktdaten für Rückfragen (E-Mail oder Telefon): \_\_\_\_\_

Wirkstoff: \_\_\_\_\_ ggf. verw. Fertigarzneimittel: \_\_\_\_\_

Indikation: \_\_\_\_\_

**Zu behandelndes Symptom:**

- |  |                                       |  |  |                                   |
|--|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit      | <input type="checkbox"/> Erbrechen    | <input type="checkbox"/> Atemnot         | <input type="checkbox"/> Schmerzen     | <input type="checkbox"/> Delir    |
| <input type="checkbox"/> Verschleimung | <input type="checkbox"/> Rasselatmung | <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit | <input type="checkbox"/> Depression    | <input type="checkbox"/> Pruritus |
| <input type="checkbox"/> Angst         | <input type="checkbox"/> Unruhe       | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> andere: _____ |                                   |

**Optional: ist eine Aufklärung und Einverständniserklärung von Patient:in/Vorsorgebevollmächtigten erfolgt?:**

ja, schriftlich  ja, mündlich  nein, Grund:  nicht kontaktfähig  nicht erreichbar  anderer: \_\_\_\_\_

**Datengrundlage zum Off-Label-Use:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigene Erfahrung/Erfahrung von Kolleg:innen                  | <input type="checkbox"/> Anfrage Arzneimittelinformation Palliativversorgung |
| <input type="checkbox"/> Buch „Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, C. Rémi“ | <input type="checkbox"/> Recherche/Fortbildung; wo: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____  |  |

**Patient:innenbezogene Daten** (anonymisiert, bitte keine Namen oder Geburtsdaten eintragen!)

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Geschlecht:  männlich  weiblich  andere

Anwendung erfolgt:  stationär  ambulant  eigenständig durch Patient:in/Angehörige  sonstiges: \_\_\_\_\_

Grunderkrankung:  onkologisch  neurologisch  internistisch  genauer: \_\_\_\_\_

**Sonstige Medikation:** (Es kann auch ein anonymisierter Medikamentenplan mitgeschickt werden.)


**Bisherige Therapieversuche:**

Wirkstoff	Applikationsart (z.B. p.o. / s.c. / i.v.)	Warum nicht (mehr) angewendet (mehrfache Antworten möglich)				
		Unzureichende Wirkung	Nebenwirkungen	orale Einnahme erschwert/nicht möglich wegen: (z.B. Dysphagie, Mukositis, Übelkeit)	Adhärenz-Probleme (z.B. Patient verweigert orale Einnahme)	Andere Gründe (z.B. PEG-Ablaufsonde, kein i.v.-Zugang, ...)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

### Angaben zum Off-Label-Use

**Anwendungsdauer** (z.B. 5 Tage, immer noch,...): \_\_\_\_\_

**Dosierung:** \_\_\_\_\_ / 24h

**Gabe:**  alle \_\_\_\_\_ Stunden  zur Nacht  morgens  bei Bedarf alle \_\_\_\_\_ h bis zu \_\_\_\_\_x täglich

**Rektale Gabe erfolgt als:**  Zäpfchen  Lösung/Suspension  rektale Gabe von oralen Tabletten/Kapseln  
bitte genauer erläutern:

**Rezeptur/Fertigarzneimittel und Anwendungsart**

(z.B. Levetiracetam 1g Zäpfchen in Hartfett, 2x tgl. rektal)  
)

### Therapieüberwachung

**Welches Therapieziel soll in welchem zeitlichen Rahmen erreicht werden?**

**Zeitraum des beobachteten Effekts:** \_\_\_\_\_ nach Applikation (z.B. 10-120min)

**Parameter zur Beurteilung der Wirksamkeit** (z.B. eintragen: 0 = Symptom nicht vorhanden, 1 = leicht, 2 = mäßig, 3 = stark, 4 = sehr stark)

	Parameter	zuständig	wer gibt Stärke an? <small>P = Patient selbst, E = externe Einschätzung</small>	erhoben (Zeitpunkt)	Symptomlast
Beispiel: vor Intervention	Übelkeit	Pflegekraft	E	Tag 0	3 (= stark), 2x erbrochen
nach Intervention	Übelkeit	Pflegekraft	P	Tag 0, 3h nach Gabe	2 (= mäßig)
	Übelkeit	Pflegekraft	P	Tag 3, Dauertherapie	1 (= leicht), 0x erbrochen
<b>vor Intervention</b>					
<b>nach Intervention</b>					
	Spiegelbestimmung nach 3 Tagen	Arzt/Ärztin	-----	am 3. Tag, vor erneuter Applikation	

### Überwachung von Nebenwirkungen

aufgetretene Nebenwirkung	zuständig	Zeitpunkt	Anmerkung
Beispiel: starke Sedierung	Arzt/Ärztin	Tag 0, 3h nach Gabe	Besserung am nächsten Tag, Therapieweiterführung
lokale Reizungen	Pflegekraft	vor der nächsten Gabe	

### Wird die Therapie weitergeführt?

ja

nein, Grund:  fehlende/unzureichende Wirksamkeit  Nebenwirkungen \_\_\_\_\_

anderer: \_\_\_\_\_

### Weitere Anmerkungen

--