

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 E-Mail

Kontakt Daten 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:

- ☐ Eigene Erfahrung/Erfahrung von Kolleg:innen ☐ Anfrage Arzneimittelinformation Palliativversorgung
- ☐ Buch „Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, C. Rémi“ ☐ Recherche/Fortbildung; wo: _____
- ☐ 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 <small>(z.B. p.o. / s.c. / i.v.)</small>	Warum nicht (mehr) angewendet (mehrfache Antworten möglich)				
		Unzureichende Wirkung	Nebenwirkungen	orale Einnahme erschwert/ nicht möglich wegen: <small>(z.B. Dysphagie, Mukositis, Übelkeit)</small>	Adhärenz-Probleme <small>(z.B. Patient verweigert orale Einnahme)</small>	Andere Gründe <small>(z.B. PEG-Ablaufsonde, kein i.v.-Zugang, ...)</small>
		<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
<i>Beispiel:</i>					
<i>vor Intervention</i>	Übelkeit	Pflegekraft	E	Tag 0	3 (= stark), 2x erbrochen
<i>nach Intervention</i>	Übelkeit	Pflegekraft	P	Tag 0, 3h nach Gabe	2 (= mäßig)
	Übelkeit	Pflegekraft	P	Tag 3, Dauertherapie	1 (= leicht), 0x erbrochen
vor Intervention					
nach Intervention					
	Spiegelbestimmung nach 3 Tagen	Arzt/Ärztin	-----	am 3. Tag, vor erneuter Applikation	

Überwachung von Nebenwirkungen

aufgetretene Nebenwirkung	zuständig	Zeitpunkt	Anmerkung
<i>Beispiel: starke Sedierung</i>	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