

Verordnung Palliativmedikation bei COVID- Infekt für**Name:****Vorname: :****Geburtsdatum**

Symptom:	Behandlung:	Reserve:
Fieber (nur, wenn störend)	1. Dafalgan Tbl 500mg p.o. max 4x/d oder Supp 600mg max 4x/d 2. Novalgin Tbl 500mg max 4x 1-2/d oder Supp 1000mg max 4x/d oder Gtts max 4x20-40 Trpf /d	
Husten	Codein Knoll 50mg max 4x/d	Morphin Gtts /sc. Dosierung wie bei Atemnot
Atemnot	Morphin Gtts 2mg /ml 5 Tropfen 4x/d oder Morphine s.c. (2-)5mg 4x/d <u>oder</u> MST 10mg ret 2x/d p.o. oder rectal (normale Tbl !) Bei fehlender Symptomkontrolle resp. häufigem Gebrauch der Reservemedikation Anpassung der Dosierung in Rücksprache mit Hausarzt; Bei Beginn der Morphine- Gabe für 3-5 Tage HaldolGtts 2mg /ml 5 Tropfen 2x/d gegen Übelkeit obligatorisch. Bei Atemnot AUCH Hochlagerung Oberkörper Ruhige Person im Zimmer (falls möglich) Frische Luft (Fenster öffnen) Allenfalls Sauerstoff (in Palliativsituation NICHT an Sättigung anpassen, da sich diese meistens nicht steigern lässt)	Morphine Gtts 5 mg p.o. max alle 30min <u>oder</u> Morphine 5mg s.c. max alle 30 min
Atemnot und Angst	Temesta expidet 1mg ½-1Tbl max 8x/d Oder Dormicum 5mg/ml ½ Amp (2.5 mg) s.c. 8/d	Temesta 1mg expidet b.B. Dormicum 2.5mg s.c. b.B.
Deilir	1. Haldol 2mg/ml 5-10 Trpf p.o. oder 1mg s.c. max 6x/d	
Übelkeit	2. Primperan Trpf/Tbl 10mg max 4x/d 3. Haldol Gtts 2mg/ml 2-5 Tropfen max 4x /d oder Haldol 0.5mg s.c. max 4x/d	
Schmerzen:	1. Wie unter Fieber beschrieben (Dafalgan, Novalgin) 2. Wie unter Atemnot beschrieben (Morphine)	
Bei häufiger subcutaner Medikationengabe kann durch die Pflege ein Butterfly (oder kleines Venflon) infraclaviculär gelegt werden.		
Bei unbeherrschbarem Leiden kann nach Rücksprache mit dem Hausarzt, sofern erreichbar, oder der Heimärztin respektive dem Notfallarzt das Palliativ- Team des KSO (Dres Manuel Junig und Mirjam Weber) 062 311 53 24 oder die Helpline Palliative Care Kanton Solothurn 079 894 17 89 beigezogen werden.		

Ich bin mit obiger Verordnung

 einverstanden mit Änderung einverstanden (bitte beilegen oder oben gut leserlich korrigieren) nicht einverstanden (in diesem Fall bitten wir sie um Verordnung einer eigenen Reservemedikation)

Datum:

Unterschrift/Stempel