

# Dokumentation Arzneimittelanwendung im Off-Label-Use

## subkutane 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)

Kontaktdaten für Rückfragen (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: _____ |                                   |

**Aufklärung und Einverständniserklärung von Patient\*in/Vorsorgebevollmächtigten:**

- 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** (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? <small>(mehrfache Antworten möglich)</small>				
		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  
**Subkutane Gabe erfolgt:**  kontinuierlich  als Kurzinfusion (5min)  als Bolus  
**Trägerlösung:** ad \_\_\_\_\_ mL  0,9% NaCl  5% Glucose  Ringer-Lactat  Sonstige: \_\_\_\_\_  
**Fließgeschwindigkeit:** \_\_\_\_\_ ml/h  
 mit anderen Wirkstoffen gemischt:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

## 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** (Bitte 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
<b>vor Intervention</b>					
<b>nach Intervention</b>					
	Spiegelbestimmung nach 3 Tagen	Arzt/Ärztin	Sollwert:	am 3. Tag bei kontinuierlicher Anwendung vor Perfusorwechsel	Ist-Wert: Konsequenz:

## Überwachung von Nebenwirkungen

aufgetretene Nebenwirkung	zuständig	Zeitpunkt	Anmerkung
<i>Beispiel: zu starke Sedierung</i>	Arzt/Ärztin	Tag 0, 3h nach Gabe	<i>Besserung am nächsten Tag, Therapieweiterführung</i>
Reizungen an der Einstichstelle	Pflegekraft	vor der nächsten Gabe	

Wird die Therapie weitergeführt?

- ja  
 nein, Grund:  fehlende/unzureichende Wirksamkeit  Nebenwirkungen \_\_\_\_\_  
 anderer: \_\_\_\_\_

Weitere Anmerkungen