

Dokumentation Arzneimittelanwendung im Off-Label-Use

topische 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-Button

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: _____ | |

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 | Applika- tionsart <small>(z.B. p.o. / s.c. / i.v.)</small> | Warum nicht (mehr) angewendet? (mehrfache Antworten möglich) | | | | |
|-----------|--|--|--------------------------|---|--|---|
| | | Unzurei- chende Wirkung | Neben- wirkungen | 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

Topische Gabe erfolgt als: Creme/Salbe Lösung sonstiges: _____

bitte genauer erläutern:

| |
|---|
| <p>Rezeptur/Fertigarzneimittel und Anwendungsart (z.B. Morphin-Gel 0,1%, Rezepturbestandteile: XXXX; bis zu 3x tgl. dünn auftragen oder Postericort®-Salbe 1x tgl. auf Handrücken aufgetragen)</p> |
| |

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> | <i>Beine kribbeln</i> | <i>Pflegekraft</i> | <i>E</i> | <i>Tag 0</i> | <i>3 (= stark), wie Ameisen</i> |
| <i>nach Intervention</i> | <i>Beine kribbeln</i> | <i>Pflegekraft</i> | <i>P</i> | <i>Tag 0, 3h nach Appl.</i> | <i>2 (= mäßig), aber schon besser</i> |
| | <i>Beine kribbeln</i> | <i>Pflegekraft</i> | <i>P</i> | <i>Tag 3, Dauertherapie</i> | <i>1 (= leicht), erträglich</i> |
| vor Intervention | | | | | |
| | | | | | |
| nach Intervention | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Überwachung von Nebenwirkungen

| aufgetretene Nebenwirkung | zuständig | Zeitpunkt | Anmerkung |
|---|--------------------|-----------------------------------|---|
| <i>Beispiel: systemische Nebenwirkung</i> | <i>Arzt/Ärztin</i> | <i>Tag 0, 3h nach Applikation</i> | <i>Besserung am nächsten Tag, Therapieweiterführung</i> |
| lokale Reizungen | Pflegekraft | vor der nächsten Gabe | |
| | | | |

Wird die Therapie weitergeführt?

ja

nein, Grund: fehlende/unzureichende Wirksamkeit Nebenwirkungen _____

anderer: _____

Weitere Anmerkungen

| |
|--|
| |
|--|